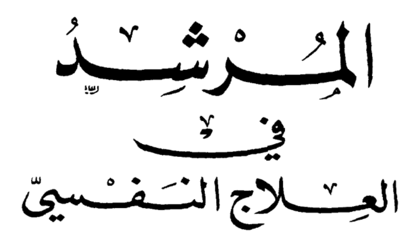
المرشد في العلاج النفسي



د. ميخائيل ابراهيم أسعد

منشورات
دار الآفاق الجديدة
بيروت

المُرشِد في العِلاج النَفسيّ



د. ميخائيل ابراهيم أسعد
دكتوراه PhD من الولايات المتحدة
عضو رابطة علماء النفس
أستاذ علم النفس بالجامعة اللبنانية

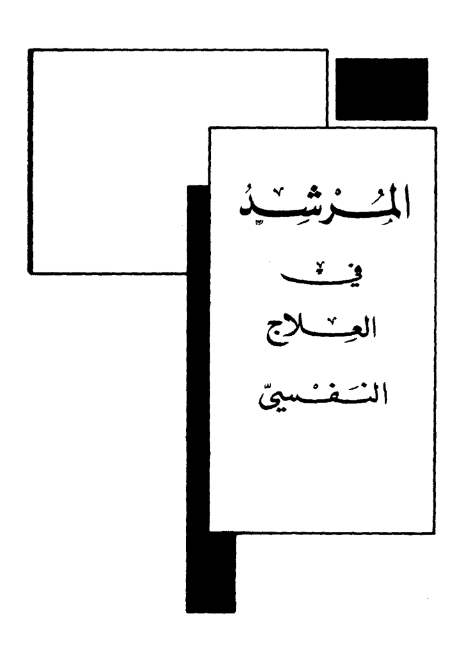
منشورات دار الآفاق الجديدة بيروت

الطبعة الأولى
١٤٠٧هـ - ١٩٨٧م

الإهداء

إلى من أقام قبالته ذاتاً من ذاته
وأجفلته «رؤى» رآها
أترى رأى ما رأى،
كيف يعرف،
كيف يقطع،
أية سكين،
أية شروخ،
وأين يؤول؟
أيمزق الأوهام؟
ويبعج الأورام،
ويلملم،
في الذات،
المزع،
أو يستقيم،
ويسمل العينين،
ويمشي،
هانئاً
في مدن العميان

ميخائيل


المُرْشِدُ
في
العِلاج
النَفْسيّ

تمهيد

هل يكون سلوكي مضطرباً، وكيف أقومه؟ أهناك دواء أجرعه يعيد لي السواء وعلاج يسوي المنحرف؟ لماذا لا يعامل اضطراب السلوك معاملة نظيره اضطراب البدن فتقام الصيدليات وتصنع العقاقير ويدرب الأطباء وتبتكر العمليات والإجراءات لعلاجه؟ أسئلة تدور على كل شفة ويلهج بها كل لسان لا فرق في ذلك بين رجل الشارع ورجل العلم إلا في بقاء أمل الأول مشرّعاً يتوقع غيث السماء ويأس الثاني وقنوطه وانهزامه.

رجل الشارع خام لم تمسه «أنصاف العلوم وأشباه الحلول» فبقي عقله مفتوحاً تثيره الإبتكارات العظمى يحققها الإنسان كل لحظة فتدفعه إلى تعظيم التوقع وتشديد الأمل فيصرخ: «ما خلق الله داء إلا وخلق له الدواء، وما كنتم ترجعونه بالأمس إلى الجن صار الآن يصنعه الإنسان ليحرك أزراراً من مكان ما في الأرض فتلتحم مركبتان فضائيتان أو يعاد توازنها المرتج ويطلق صاروخ أو تصلح آلة حل بها العطب في الفضاء البعيد».

أما رجل العلم المتخصص في حقل غير حقل الظواهر الإنسانية والنفسية فتلفه «أنصاف العلوم وأشباه الحلول» من كل صوب فيسحب قواعد العلم من حقله يرمي بها ظواهر العلم في حقل الظواهر الإنسانية والنفسية ويتهيأ يرصد حدوث المعجزة ولا يطول انتظاره، بل سرعان ما تفجعه النتيجة لاختلاف «طبائع» الظواهر بين حقل تخصصه والحقل الإنساني فيقنط ويغضب

أو يغضب ويقنط فينكر خضوع ظواهر الحقل الإنساني لأي قدرٍ من الثبات، ولأية نسبة من الاستمرار ويجردها من «الخضوعية» للقوانين العلمية التي تؤثر في فهمنا لها والتنبؤ بمسارات حركاتها المستقبلية وتبشر بتعديل تلك المسارات وفق مساقط تحددها طبيعة تلك الظواهر ذاتها أولاً وإرادتنا ثانياً. يعمل القنوط والغضب في رجل العلم المسور «بانصاف العلوم وأشباه الحلول» على خلق قنوط أشد ويأس اقتل ومرارة أكثر تدميراً في عامة الناس من مطلقي الأسئلة بصدد مماثلة اضطراباتهم السلوكية لنظيرتها العضوية فتختلج أفئدتهم وترتج شفاههم فيرمون علوم الإنسان والنفس بأبشع ما في جعبة من دفعوا سقراط لتناول السم وفيليب بينيل إلى المقامرة على رأسه بدل التخطيط الوئيد في طريق من البحث الآمن والسعي الهادىء[1].

تلك هي الحال وأسئلة الناس حول اضطراباتهم السلوكية. أتراها حالاً واقعة وقدراً محتوماً أم أنها إلباس أبله تشده أيد تعاني الكسل وعقول ضرب عليها الخمول وأفئدة فتنتها اللذات الآنية للقرارات العاجلة المبتسرة فاقعدتها عن لذة الاكتشاف ودفعتها عن الاستمتاع بحلاوة الأشياء إلى الاستغراق في حمأة الضلال؟

بعض الاضطرابات السلوكية أحوال شرختها مياسم المجتمع فضربتها صفات الشذوذ والانحراف وأشرّتها أصابع الإتهام فدينت ودين أصحابها وهزئوا أو حجر عليهم[2]، وبعضها الآخر «أفعال» تطلقها فئة صغيرة مغلوبة مستضعفة رداً على ممارسات فئة كبيرة قوية متسلطة. أليست هي، إذن، أحوالاً طبيعية، ممارسات عقلانية، أفعالاً، مهمات، ردوداً مباشرة وإيجابية على أحوال شاذة وممارسات سخيفة وسلوكيات تسلطية عدوانية؟ أتراها تكون «اضطرابات» أم ترى الاضطراب يقوم في ما ورائياتها وأسبابها

(1) Stone, S., Psychiatry Through the Ages., J. Abn. Soc. Psychol., 1937, 32, 131 - 160. White, R.W., Abnormalities of Behavior. Ann. Rev Psychol., 1959, 10, 265 - 286.

(2) Sigerist, H.E., Civilization and Disease. Ithaca. N.Y., Cornell Univ. Press 1943.

وعواملها؟ أتراها توضع في محرق دريئة العلاج أم تراك تترك الدريئة ومحرقها للأحوال الشاذة ذاتها وللممارسات السخيفة عينها وللسلوكيات التسلطية جوهرها، أي للفئة الكبيرة القوية المتسلطة وللمجتمع المستبد؟

أترانا حقاً نعيد الثقة للملايين أم ترانا نحوِّل زوراً وانتقاماً وتبريراً شعيرة بندقيتنا عن رأس الطريدة إلى صدر الصياد. لن ندخل حميا العراك أو نسعّر الجدل ولن نتخلى عن حرف مما أكدناه لأن فيه بعض الحقيقة وقدراً من الأصل وجانباً من الصواب، وسنجلو «السفاح» عن الساح ونهمس في آذان الملايين بأن اضطرابا تتحدد جلّ أسبابه في «المجتمع» وفي «الآخر» اتهاماً وتسلطاً واستضعافاً يكون هين العلاج والتعديل والتقويم والتصحيح. أترانا تناسينا ما بالاضطراب السلوكي من خصوصية وزيف ووهم لإدراك سلوك الآخر والأشياء؟ كلا فالآخر نفسه وفي جانب مهم من الحالات هو الذي قد يدفع المضطرب، سواء عمداً أو عفواً، إلى خصوصية الإدراك وزيفه ووهمه مما يمسكه نفسه مسؤولاً عن الاضطراب وفي محرق دريئة العلاج.

أترانا أجبنا عن أسئلة عامة الناس وأزلنا شكوكهم ودفعنا مخاوفهم وهدأنا غضبهم وكففنا توجسهم وبعثنا في نفوسهم الثقة والطمأنينة وفي ما حولهم الأمن والسلام؟ المرشد في العلاج النفسي عرض مفصل نقّاد لمختلف طرق العلاج ومدارسه وفنونه مما يقيم في أيدي الناس «مساطر ومعايير» يقيسون بها حالهم ونوعية اضطرابهم وطبيعته ويوازنونها بطبائع ونوعيات مختلف الطرق والفنون والسبل مما يساعدهم على تحديد السبيل أو الطريقة أو الفن الملائم لمعالجة حالهم وما بهم فيسعون إلى من يستطيع مدّ يد العون لهم من غير استغلال ولا استخفاف ولا استعلاء ولا ادعاء. بالإضافة لذلك، تعمل القراءة الواعية والمطابقة المستمرة الدقيقة بين المعايير والمساطر وطرق العلاج وفنونه وأساليبه من طرف وبين حال القارىء وما به على شحذ القدرة لديه على فهم أحوال الآخرين ممن حوله وما بهم من رؤساء ومرؤوسين أصدقاء وأعداء معارف وأغراباً قيمين وقيّم عليهم مربين ومتربين وعلى مساعدتهم لدفعهم عن خصوصية الادراك وزيفه ووهمه وعن التسلطية

والاستغلالية والخضوعية والاستضعاف مما قد يجر آخر الأمر إلى عدّ الاضطراب السلوكي شأن نظيره العضوي رداً طبيعياً على فعل شاذ فيقوي الثقة بعلاجه ويشدد في الملايين الدفيق الواثق الذي يحتاجونه للتحرر من القلق والخوف والقنوط والسير بخطىً مطمئنة واثقة متطلعة متفتحة للتغير السريع الشديد في عالم سريع التغير شديده.

آمل قارئي العزيز، أن تجد في الكتاب ما وعدك به هذا التمهيد وأن تمدني بملاحظاتك التي منها استلهم القدرة للمزيد من تمثل عطاءاتك.

١

مدى الاضطرابات السلوكية وأبعادها

يصعب تقصي السبل التي ينحرف إليها الناس بالرغم من رجوع العديد من ضروب التعاسة البشرية إلى قوىً وعوامل خارجية، ذلك لأن تلك العوامل تعجز عن تعليل قدر كبير من المعاناة الإنسانية التي تتميز بأنها ذات طبيعة «خاصة وشخصية» مما يجعلها محيرة يصعب تفسيرها وإيضاحها[1]. تدفعنا الواقعة المذكورة إلى التأكيد بتعقد مكونات مدى الانحراف وتباين لونياتها مما يترك «لكل» نظرية في الاضطرابات السلوكية والعلاج عدداً من الحالات التي تضفي معنى على طروحاتها وتخلق مبرراً لذات تلك الطروحات. إنني على يقين، تبعاً لذلك، من أن شيئاً ما أي «حقيقة ما» في كوننا تقوم في ذرة الرمل التي يعدها الجميع شيئاً بسيطاً عديم الأثر تافه الفعل. لنعاين الآن معاً، مثالاً على المعاناة البشرية محاولين فهم حدوده ومساقاته وتطلعاته.

بلغ السيد أحمد عامه الأربعين بعد أن صرف حياته في مدينة كبيرة يعمل مفتشاً حكومياً في مراقبة المواد الغذائية المصنعة. كان والد احمد صناعياً كبيراً في حقل تعليب الأغذية وكانت مطامح الولد أن يمارس مهنة أبيه لكنه فشل في ذلك فوجد متنفساً في موقعه الذي يمكنه من فحص عمل الصناعيين مما ساعده على دغدغة حلمه الكبير في أن يتحول صناعياً يوماً ما.

كان أحمد فيما مضى فخوراً في عمله لكن الأمور ساءت مؤخراً وكادت

(1) Halleck, S., The Politics of Therapy. New York: Harper. 1973.

تتحطم. لقد أمسك بعض المفتشين يرتشون وشتم الصناعيون من لم يرتش منهم. وقام الفساد في المهنة محل الاعتبار واستقال كثيرون من زملاء أحمد. وفي مد القلق الذي كان يلف قدمي احمد ببطء وقوة في واحد من أيام حزيران لستة أشهر خلت قبل أن يدلف إلى مكتب المعالج النفسي، انبرىٰ أحد الصناعيين المستائين من تشدده فشتمه وألقاه أرضاً بضربة عنيفة على صدره.

أضاع أحمد توازنه وجهد حتى وقف على قدميه وتراجع، وخاف ولم يشعر بالغضب من الرجل، وكان يفضل ترك الأمر لولا الشهود الذين فرضوا الإدعاء العام. لم يتحدث أحمد من يومها إلى مهاجمه ولم يره سوى مرة واحدة وذلك في قاعة المحكمة. ولم يعمل دحض الحكم الذي كان معلقاً على تشديد مشاعر حقد أحمد على خصمه بل زاده خوفاً منه. والأسوأ أن أخذ الخوف بعداً جديداً فألمّ بأحمد قلق وذعر شديدان من تفتق جرح قديم. كان الرجل قد وقف منذ سنين على شفا الموت ضحية شرك نصبته له الطبيعة. ففي الوقت الذي كان فيه «الفتى» يتمتع بصحة جيدة وبنية رياضية ضربه صداع شديد فسيق إلى المستشفى وحياته معلقة بكل دقيقة، فانقذ من موت مؤكد بجراحة عصبية في دماغه أبقت على دبوس معدني لدعم الشريان الذي أجريت عليه العملية. وخرج أحمد من المستشفى شافياً تماماً وقادراً على استخدام كامل قواه العقلية.

بقي الولد شديد الحذر حتى بعد انتهاء النقاهة. ولم يكن ثمة ما يبرر القلق بصدد تمزق الشريان، لكن الفتى عجز عن مغالبة الخوف. لقد سبق له أن بلغ حافة الموت فلم لا يكون نكفاً نكداً حول صحته خاصة وأن أيام الرياضة ولت ونالت الوظيفة الجنسية قدرها من المعاناة بسبب الميل للتقتير في ممارستها بعد التعرض للحادث القاسي. وراح الرجل منذ عام ينام «بعيداً» عن زوجته مدعياً قبولها للأمر دون تذمر أو شكوى. إلا أن أي عالم نفس يعرف المقصود من مبادرة التبرير نيابة عن الزوجة.

حل بأحمد خوف مر من أن تكون ضربة الصدر قد حلحلت الدبوس

في الرأس وعجز الأطباء عن إقناعه بخطأ استنتاجه[1]. ولم يعرف الرجل ما يريد، فأخذ إجازة مهنية وراح «يهدد» بترك المدينة دون أن يكون له هدف واضح فيما يجب فعله وحول مآل حركته وراح سلوك الرجل يتدهور بصورة مفجعة، إلا أنه عندما استجاب لحث أسرته وطبيبه على مراجعة المعالج النفسي بدا وكأنه خارج من ملازمة طويلة للشيطان.

لم تكن ثقته بنفسه، بالرغم من استعراضيته الطاووسية، سوى غربال ثقبته مخاوف مجهولة الطبيعة والمصدر. كان أحمد يجهد للتعرف على مصادر رعبه في محاولة لتصحيحه. ربما انكسر الدبوس أو ربما عاد الصناعي وهاجمه. كان لكل فكرة بصيص من واقع، إلا أنها جميعاً أبعدت برعب كاسح لا اسم له.

كان لقصة أحمد الكثير من «التتمات». إلا أنه وخلافاً لحادثي «الإعتداء والدبوس»، لم يقم أي رابط بين شقائه وتلك التتمات. نعم، أجاب على سؤال حول أمراضه في الطفولة. «لقد مرضت مرضاً شديداً، مضحك، عندما كنت ابن سنتين وعاد إلى التفكير. كان الأمر دوماً في الصدر. خراج في الرئة. اضطروا إلى شق الصدر، ووضع أنبوب فيه بقي لفترة طويلة». لقد بقي بتلك الحالة ستة أشهر كما بقي لقيح الفراش لفترة أطول بكثير. لم يذكر كيف أثر ذلك في حياته كطفل، اللهم خلاف أنه كان سعيداً. ربما تعلق أحمد بالرياضة كضرب من التعويض النفسي. وتجرجرت القصة إذ بدأ اهتمامه بالحديث يضمحل.

ويقفز الموضوع صوب اهتمامات أخرى. الأطفال وستة منهم. الزوجة وهو، كانوا يرغبون في الأولاد لأسباب نسيت. الأولاد طيبون وأصحاء، إلا أنه لا يحسد شباب هذه الأيام. هناك الكثير ليفعلوه. إنهم فاسدون يتجولون دون هدف واضح. يراقبون الرائي أو يخرجون للشارع ويقعون في المشاكل. «لماذا؟ في أيام طفولتي» وتحولت عيناه وحدق حوله آملاً أن يلتقط ما يطمئنه ورطن. «كم رأيت في عملي». ثم يرجع إلى أولاده. الأكبر بنت لم تبلغ

(1) Ford, F. R., Diseases of the Nervous System in Infancy and Child hood, Springfield Ill., Charles Thomas, 1959.

الثامنة عشرة تزوجت منذ عام. إنها صغيرة جداً. لكنه سعيد لزواجها. بدا أنه غير فرح. عاد يتذمر من الصغار ويبدي حيرته من ظروف الزواج، ثم ينقلب يدافع عن الزواج، وتغدو خيوط أفكاره أكثر تقطعاً، ويرجع إلى مخاوفه الجسمية وإلى رغبته في الانتقال من المدينة في الوقت الذي تنطلق فيه الإشارات إلى الماضي والحاضر كطقاطيس النار تتطاير في الظلام من موقد مكشوف.

«حسناً يا أحمد»، قلت له، إنه لأمر مشجع أن أتيت إلينا، فأنت محتاج لمساعدة نستطيع توفيرها لك. يوافق على القول ثم يرجع إلى موضوع هجر المدينة.

ما الذي يؤلم أحمد؟ إننا لا نعرف سوى القليل عنه، فأين نستطيع أن نتوقف عن محاولة التعلم بصدد شخص قال: هذا كاف، وإنني أفهم الآن. تعجز أقوى أفانين التناظر عن جرد أكثر من جزء صغير جداً من مضامين التواصل العقلي لكائن آخر. وتبقى الصورة المشكلة مجرد انعكاس باهت لوعي آخر لا يستطيع أي إنسان ولوجه. ويبقى ما يتلمس في ذلك الوعي أشبه «بطقاطيس» يجمعها المرء وهي تتطاير من دولاب المجلخ. لن تكون الصورة الملقاة أكثر من تخطيط إدراكي من التفاصيل الأساسية[1]. عملت مرة مع رجل لعامين قبل أن يذكر لي عرضاً أن كانت له أخت ماتت في مرحلة رضاعها وإن مرضها وموتها هزا أسرتها لفترة طويلة فافلس الوالد وسيقت الوالدة إلى مستشفى للأمراض العقلية. كل ذلك عندما كان مريضي في الرابعة من عمره. فلو أني أوقفت علاج ذلك الرجل في الجلسة السابقة لما عرفت أي شيء هام «عنه على الرغم من تناظري الطويل العميق له. ولم تعمل معرفتي الجديدة تلك على تغيير الأشياء كثيراً، إذ إن الأثر الإنفعالي للكارثة الأسرية قد انفصم عن وعي الرجل منذ أمد طويل جداً، وانقلب إلى تلك الطرق الخاصة» التي ركبتها المآسي الذاتية للرجل. لا تسيء قلة ما

(1) Pickens, L. My Inward Journey. Westminister Press, Philadelphia, 1957.

نعرفه عن أمرىء إلى فهمنا له إذ إننا نبرر ما نعرف ونعقله، ونصوغ حوله الفرضيات الأساسية والمضادة. وعلى المعالج أن يتقبل قصة أحمد كما هي. ترجع بعض مخاوف الرجل إلى الأسباب التي ساقها. يشكل الخوف رداً دفاعياً على الخطر، وضرب المرء بوحشية، أو إصابته بمرض شديد خطراً حقيقياً[1]: لخوف احمد، إذن، أساسه الواقعي. تركني حديثي للدقائق الخمس الأولى مع أحمد، دون أية نتيجة. إلا أن ما قاله أخيراً يدفعنا لعد «مستواه» من التفسير ناقصاً فقط، وليس تافهاً.

إنها لمشكلة عامة وضخمة. سهل أن نقول شيئاً صحيحاً نسبياً بصدد امرىء نناظره، إلّا أنه يستحيل على ما نقوله عنه، أن يشمل الشخص ومحيطه أي «المصادر الحقة» للضغوط النازلة به[2]. للفكرة الإدراكية العامة وضوحها الذاتي، إلّا أن استقرارنا عليها يسيء إلى مجمل فهمنا لمناظرنا وإن كان يبعث فينا الرضى عن محاولتنا «للفهم» والاطمئنان إلى هذا الفهم، إذ إن الدليل على «صحة» الفهم يتمحور في الإدراك ويكون في متناوله.

المدنية تنحط ومخاطرها حقيقية، وبلوغ حافة الموت مفزع، ولن يكون المرء «مجنوناً» إن أقلقه نقص التأكيد بصدد استمرار التهديد، خاصة ذلك الذي ينبعث من مناطق جسمية مستورة. وليس في متناول العلاج النفسي ما يفعله بصدد تلك المخاوف، طالما أنها تبقى تثير التهديد وتقاوم محاولات اللجم أو الكبح.

يحدث ألا تكون الأمور بذلك دوماً، بل العادة أن تكون أكثر تعقيداً كما يبدو من التقطعات السلوكية لأحمد. يدهشنا أولاً انعدام حقده نحو من اعتدى عليه وضربه. ليس على المرء أن يرد على العدوان بشكل معين من

---

(1) Freud, A. The Ego and the Mechanisms of Defense. New York. Int. Univer. Press, 1959.

(2) Freud, S., The Interpretation of Dreams. New York: Macmillan, 1913. Machover, K., Personality Projection in Drawing of the Human Figure. Springfield, Ill., Charles c. Thomas 1949. Murray, H. A., Thematic Apperception test. Cambridge Mass. Harvard Univ - Press 1938.

العدوان، إلّا أنه يتوقع لمشاعر الغضب والحقد أن تصب جاماتها على من يضربنا ويرمينا أرضاً. ذلك أمر طبيعي، كالخوف، سواء بسواء. قد لا يكون أحمد غاضباً الآن اطلاقاً، أو قد يكون غاضباً، لكنه اختار أن ينسى غضبه، أو أنه غضب وقرر ألا يتكلم عن غضبه. هناك، في كل تلك الحالات شيء ناشز أو في غير محله يستلزم الايضاح.

ليس الحذف وحده ما يثير العجب، بل إن تصحيح بعض الوقائع أشد إثارة للعجب والدهشة. يدفعنا تضخيم أحمد لبعض الحوادث إلى الاحساس بأن درجة الاضطراب لا تتناسب وحجم التهديد الواقعي. لا يدور التناسب حول الحجم المادي للقلق مقابل الخطر الواقعي، إذ كيف نقيس مدى التهديد في معاناة شخص آخر؟ كلا. فالتناسب «كيفي»، ينصب على الطريقة التي تنتهي وقفها أفكار الفرد، وعلى السبيل الذي به تتحطم تفسيراته وتمسك بقوى تستحيل تسميتها[1]. إن الطريقة التي انفتلت بها عينا أحمد بحثاً عن شيء مباشر، إشارة خارجية لحالة ذاتية.

ويعجب واحدنا بصدد المعاودات وبصدد الأشياء التي تدرك من تلك المعاودات وتجمع معاً بقوة. إنه أمر يفرض علينا إيضاحه. من تلك المعاودات تصميم أحمد على تقييم عمل أولئك الذين يعملون ما كان والده يعمله. إن لذلك معناه ومغزاه الذي يجب العض عليه جيداً. ثم، ماذا بصدد ما أراد هو نفسه عمله؟ وماذا بصدد العلاقة بين الضربة العتيدة على الصدر وبين فتح الأخير في الطفولة وإبقاء جسم غريب فيه؟ أليست لكل تلك المعاودات والأشياء معانيها الشديدة الأهمية؟.

يلفت الانتباه أيضاً تشابك الحذف مع المعـاودات، أي مع شكـل الصناعي الذي يشير إلى الأب والذي تتجرد مشاعره نحوه من كل غضب. يبدو أن أحمد يتجنب الدلالة الانفعالية على المرض المبكر، حيث يميل المنطق

(1) May, R., The Discovery of Being. N. Y., Norton, 1983.

إلى توقع حدوثه. أيكون ما يبعد عن الوعي في تلك «المحطات» من القصة ذاته يتهيأ ليظهر في «محطات» أخرى؟[1].

يعجز كل ما ذكر عن تفسير النذر اليسير الذي نعرفه عن أحمد وإن كان يوفر فهماً يخلق بعض الرضا، ذلك لأن أحمد يعيش حياته في الحاضر بين الناس الآخرين وعائلته والوسط المحيط بها. فهل يجوز لنا أن نضيق انتباهنا إلى المحيط المباشر لتلك القلة من النقط المركزية وإلى الذكريات التي تثيرها دون أن نأخذ بعين العد، النسج اليومية التي تتشكل فيها تلك الحوادث؟.

وماذا بصدد الحياة الجنسية لأحمد؟ لا يبدو أن المذكور يدرك أية مشكلة في حياته الجنسية. لكنها حياته الجنسية ذاتها، تنصب بوجهه، وبكل تأكيد مشكلة كبرى وصعبة. يكشف الرجل لنا أن شيئاً ما قد حدث خطأ وذلك قبل زمن طويل من الحادث الذي ينسب إليه ضغوطه. إنه يميل للإقلال من أهمية «ذلك الشيء» فيختصر زوجته إلى ظل[2]. إلاّ أن تمعناً بسيطاً يفيدنا أن الزوجة ليست ظلاً على الاطلاق. قد يرى أحمد زوجته بضوء قاتم. وليس الجنس المنفي بأقل أهمية من الجنس المؤكد. إننا نعلم أنه يقوم هناك خلف شاشة السيد أحمد حتى ولو لم نر الكثير منه. لا يهم تأكيد هذا الشيء الآن، لأن ما هو هام سوف يبرز في الوقت الملائم. ومهما بدا ما قيل في البدء، مفرطاً، فإنه كشف رسمي للرجل وللآخرين. وفي الماضي البعيد تتسلط الأشباح على جوهر التجربة. قد تتجلى تلك الأشباح حلما ينسى حال الاستيقاظ، أو قد تنفجر عن بعض التخيلات أو قد تبرز بصيغة مموهة، ثم ترجع إلى مقرها التسلطي من التجربة. يحس المرء وجود تلك الأشباح في نظرة الرجل المسعورة، لكنه يعجز أن يقول أي شيء مما يوحي به المحتوى الداخلي لتجربة أحمد.

وتستمر حياة أحمد الفعلية بحيث يخضع وعيه، في كل مرة لعدد من

---

(1) Calderone, M. S. et. al., The Family Book about Sexuality. NY., Harper, 1981. Corsara, m.et.al., a common sense guide. New york : St Martin's press. 1980.

(2) Avery, C.E. et. al., Love and Marriage N. Y., Harcourt, 1971. Winship, E. et. al., Masculinity and Femininty Boston, Houshton mifflin, 1978.

القوى الرعناء. لقد شدهنا تأثير زوجته فيه، لكنا نحيل ذلك التأثير جانباً. فماذا بصدد الأولاد؟ كيف نشعر برجل يعيش حياته على حافة الرعب، ويحس بالوقت يتراكم عليه وبالكبر يضربه وبالعنة تزحف عليه؟ لا بد أنه يرى، وبدرجة من التشنج، رعبه في مرآة الصباح عندما يحلق ذقنه، ويرافقه كابوساً مزعجاً إلى فراشه.

وماذا بصدد أولاده والسنوات المنصرمة بين الطفولة والحاضر بما فيها من آمال ومخاوف؟ ماذا بصدد الغضب المتحول عندما كان الأولاد رضعا يسلبونه ألذ أوقاته مع زوجته، وبصدد الاعجاب عندما مسحهم بالكمال وألقى عليهم آماله المُحْبَطة؟ ماذا بصدد المشاعر الخاصة لابنته التي احتضنها وسخة لتذهب بعيد نضجها الجنسي الأخاذ إلى أحضان رجل غريب؟ أخيراً، ماذا بصدد تذكاراته وهداياه التي قدمت له في المناسبات السعيدة من حياته وذكرياته ولذاته الصغيرة والخيوط التي تربط حياته الراهنة بطفولته الضائعة؟ أية تلخيصات، أية آمال محبطة وآلام دائمة يجب أن تدخل في كل لحظة، ملخصة ذاتها في يأسه الراهن؟.

علاوة على هذا، يجب لحياة أحمد الشخصية أن تستقر في وجود اجتماعي[1]. فأحمد جزء من المجتمع حدد نفسه كما حدده الآخرون بالطبقة والعرق والهوية المهنية. تعطي تلك الانتماءات صيغة أو بنية لاهتمامات السيد أحمد التي تشابه اهتمامات الآخرين وتبقى مستقلة عنها. ما هو السيد أحمد؟ يغدو محدداً بالتكامل في عالمه الخاص والعام، وإن أي تغيير في أي مستوى سيؤثر في باقي المستويات. فإن ضُيّق على أحمد في جانب امتد التضييق لبقية الجوانب ودخل تفاعل آثاره في كل مشاعره بما في ذلك تلك التي من ولائه للنظام الاجتماعي ومن المصادر المادية التي منها يستحلب الولاء المذكور. لقد أعطاه عمله الاحساس بأنه شخص ما، وحدد مشاعره من الآخرين وحدّها بوضوح أشد من والده، إن مكانة الموظف دليل على قيم الحياة لديه، فإن

(1) Integration and Conflict in Family Behavior, Report No. 27, N. Y., Group for the Advancement of Psychiatry, August, 1954.

سحبت تلك المكانة أو هددت من جراء تدهور ثقة الناس به، جَرَّ التدهور قسراً وتلقائياً إلى المشاكل.

قيل الكثير عن السيد أحمد مما ساعد على إجلاء صعوبات التعريف وشحذ وجهة النظر وتوسعتها لتشمل أصل العصاب وجوهره الذي يلف مجمل علاقات الفرد، بالرغم من التجزيئية البادية. قد يبدو للوهلة الأولى أن المنهج الكلي يصعِّب الأمور، خاصة وأن بالمرء ميلاً لأن يختار من بين مجموعات أكوام الظاهرة الإنسانية، تعبيراً يجعل منه محكاً على مسمرته والعض عليه لتفسير الاضطراب بالتقاط ما يمكن ان يلقي اللوم على المأساة الإنسانية. يمكن للمحك المذكور أن يكون صدمة طفلية أو ليبيدو أو علاقات شخصية خاطئة أو عوائق عاطفية. لا تبسِّط الانتقائية المذكورة الفهم لكنها تجعل وسيلة الشفاء أو إعادة الصحة أكثر وضوحاً، وإن كانت تسيء تقدير غنى الواقع الإنساني.

إن بنا شياطين نخلقها حين يعز علينا الفهم الواضح للاضطراب البشري أو حين نكسل عن متابعة ذلك الفهم. نخلق تلك الشياطين ونشد أنفسنا إليها بعناد لتدمرنا ولتشوه قدرتنا على الفهم. يحيق الخوف بحافة وعينا وتلفنا زعزعات الحياة المخيبة فنناشد غولنا آملين أن يبعث فينا الطمأنينة، فنلقي عليه اللوم ونعد رقية أو حجاباً نطرد منا الشيطان الآخر[١]. تخلق الأوهام التي نخلقها بتلك الصورة لنا احساساً بانتظام العالم فتتحسن أحوالنا لأسباب سنشير إليها فيما بعد. ويميل تفكيرنا نتيجة ذلك، للانزلاق إلى الأقبية المظلمة مما يولد فينا معاناة بورطات الحياة، وحاجة عارمة أو قوية إلى الشفاء وإلى كل ما قد يصنعه، وتحسساً يدفعنا لتلقف «الشيطانية» السائدة وإقامة المناخ النفسي لالتقاطها والأخذ بطقوسها. تتساوق نتيجة تلقف الناس للتفسيرات الشيطانية السائدة لمشكلاتهم تلك المشكلات مع مواصفات

---

(١) يستدل على هذا من الممارسات السخيفة التي يلجأ إليها الناس وبعض كبار العلماء عندما يعجز سلوك المهمات لديهم ويحل به الفشل فيعجز عن مجابهة ورطات الحياة بصورة تحفظ اعتبار الذات وتشدها لمتابعة السير البناء دون النظر إلى الوراء.

التفسيرات الشيطانية مما يقلب التعبيرات السلوكية الخاصة بالمشكلة رموزاً للشيطاني وتجلياته ويقولب الواقع بالشيطانية ومواصفاتها وتفسيراتها ويخلق نظاماً يتمتع بخاصية فريدة ذاتية الانطلاق فيبقى الكثير من المشعوذين في مهنة العلاج ويصمد نظامهم إن لم يعمد المعالجون الموضوعيون إلى فحصه وتدقيقه وإعداد الشروط لغسل أوساخه إلى أن يغسل الزمن نفسه تلك الأوساخ.

يتشارك الناس ببعض الصفات العميقة والهامة، إلا أن إثنين منهم لا يتشابهان في التفاصيل الحاسمة. يحدث ما نسميه «اضطراب عاطفي» على مستوى الذات حيث تتكامل الصفات الأولية وتبرز، بالنتيجة، الفروق والتباينات. إن أحمد شخص مميز وفريد تماماً، ولن يكون هنا أي «أحمد آخر قط». ولكن يكون أحمد ذاته ثانية كما كان يوم رأيته، فربما عمل التدفق المستمر للحوادث في تلك اللحظة ذاتها على إلقائه في تشكيلات أخرى لا تنفي جديتها إمكانية التعرف عليه إذ ستبقى، بالطبع، «أقدار» ضخمة من السيد أحمد تتكرر وتتكرر لأن بالناس ميلاً للرجوع إلى ذات الجحر وسماع ذات «اللحن» طالما يستطيعون «دفع» أنفاسهم أو طالما يعاودون ذكرياتهم. لن يكون الناس أبداً ذات الناس ولن يمكن التعرف عليهم كاملاً. وما لم نحتفظ بتلك المسلمة في أذهاننا، لن نقوى على فهم العلاج ولن تستطيع ممارسته بأية درجة من النجع.

٢

طبيعة التجربة العصابية

ينفي ما سبق أن يكون السلوك المضطرب بنىً ذات خصائص وهويات مطلقة ثابتة جامدة ويؤكد حركية « بناه » ومرونتها وتباين تراكيباتها عبر الأزمنة والمواقف. لا تسيء الحركة المذكورة إلى جوهر تلك البنىٰ أو إلى هوياتها، بل إن الاستمرارية المرنة للسلوك المضطرب تجعلنا قادرين على رصد طيفه المستمر وعلى فرز ألوان ذلك الطيف . يسمح منحى الضغوط باجراء تمييزات تقود إلى بنية السلوك المضطرب التي تتصف ، كما أسلفنا ، بالمرونة والاستمرار .

تعد معاناة الإنسان لواحدة من صيغ الشقاء الشرط الأهم لكفاءة المعالج ولنجع العلاج النفسي . تتنوع ضروب الشقاء بدءاً من شعور بسيط بالانزعاج ، مروراً بشعور بحياة فشلت أن تحقق أهدافها وانتهاء بضروب أخرى من الفشل في العلاقات الإنسانية كالتعاسة الجنسية أو القلق أو الكآبة التي نزلت بالسيد أحمد (١) . قد لا يكون كل من يقرأ هذه الصفحات عانى من تلك المشاعر ، أو قد تكون لديه أسماء أخرى لها أو قد يعجز عن مسْمرَة المشاعر السيئة لميلها إلى التحول في مد وجزر دائمين وإلى تغيير شكلها بتدفق الحياة المستمر .

لا يسعى كل من يعاني الشقاء إلى العلاج النفسي إلا عندما يبلغ الضغط حدوداً تهز جوانب حياته ، فلا يرى بدأً من عد العلاج النفسي بين عديد الاحتمالات التي قد تفيد في « إيقاف النزيف » .

(1) Rosenbaum, P. C. The Meaning of Madness. N. Y., Harper, 1970.

يعاني العامل الذي سرح من عمله بتأثير عوامل اجتماعية أقوى منه والشخص الذي ضربه مرض خطير قدراً جدياً من الشقاء ، إلا أننا لا نبادر إلى التفكير بحاجته للعلاج . يناقض هؤلاء الموسيون الذين يجهلون شقاءهم ويسلكون كما لو أنهم أسوياء فلا يبالون بالمعالج ولا بالعلاج [1] إن بهؤلاء حاجة شديدة إلى العون العلاجي وعماء تاماً « عما بهم » وعن حاجتهم تلك . إن الواجهة تسيء التوجيه ، وتشكل الأعراض الخارجية أو المشاعر التي يعيها المرء مرشداً ضعيفاً سواء إلى طبيعة الاضطراب أو إلى الحاجة للمساعدة العلاجية . ولن يحصل المرء إلا على حقيقة جزئية من محاولة تفسير السلوك من منطلق الوعي « الفردي » بسبب الميل العميق لدى الناس إلى نكران كونهم مصدر اضطرابهم الخاص . فعندما تكون المشكلة « خارج الذات» ، هناك ، يمكن مهاجمتها أو الهرب منها بصرف النظر عن حدتها وخطورتها . أما عندما تكون المشكلة « داخل الذات» ، هنا ، فيتعثر المرء ويمسك ويزت منغصاته على الأشياء خارجه . خذ القلق . ماذا لو أن المرء يعاني خطراً حقيقيا أو أفكاراً اضطهادية ؟ يستطيع المرء أن يكون فعلاً ضحية الاضطهاد . إنتقل إلى الحزن ، من منا لم يفقد شيئاً هاماً في وقت أو آخر ؟ وماذا بصدد الوحدة ؟ تمعن ضآلة عدد الاحتمالات المقبولة من العلاقات الإنسانية . ولا تترك التشيوء أو الإهلاس . ربما يعاني المرء لهيب تجربة الأوبة الدينية بعد حياة سادها الشر . أخيراً تمعن في الخلاف الأسري . جد لك شريكاً زوجياً أفضل مما بين يديك .

ليست الحالات النفسية الذاتية كالقسرية أي الاجترار الآسر لفكرة تافهة أو الإمساك الرهابي لخطر سخيف مألوفة كأعراض رئيسية لاضطرابات سلوكية خطرة ولا هي تقوم في عزلة عن باقي جوانب حياة الفرد السوية والشاذة .

للشكوى الرئيسية للسيد أحمد ، مثلاً ، بنية رهابية ، فهو يشعر بالحاجة

---

(1) Kittrie, N., The Right to Be Different, John Hopkins Univ. Press, 1972.

إلى الهرب من المدينة أو إلى تجنب العمل حتى ، كما يعتقد ، يدرأ الخطر عن دماغه . لكن ما حدود مشكلته ، أليس من الحمق والعقم تضييقها إلى نمط عرضي فرد[1] .

علينا للعثور على نمط للسلوك المرضي أو المضطرب أو العصابي أو الجنون أو ما شئت سمه النظر داخل البنية التي تعيش المعاناة ، ليس فقط لالتقاط النمط الذي يعشعش الشقاوة ويطلقها ويغذيها ، بل للتمييز بين الحالات التي تبدو الاضطرابات الخارجية « عاملها الفرد » وبين نظيرتها التي يبدو أن الفرد فيها هو العامل المسيء إلى أقداره . لا يحتاج العامل المهدد بالتسريح لسوى نظام اجتماعي أفضل ولا المتنبأ له بمرض خطير لغير العناية الطبية تضاف لعلاج نفسي . يُعلِّم الثاني أفانين مجابهة حاله الجديدة المهددة لوجوده ويعلم الأول تكوين اتجاهات ملائمة للوضع الاجتماعي المعدل . والأهم من هذا وذاك ، أن نعرف كيف نحدد ذلك . فيلزمنا أولاً تحديد الصحة العاطفية . « إنها على ما يرام » . يصر أحدهم أسنانه على ما كتب حول الصحة النفسية وهو مفهوم يختلط بالقيم والتكيفات للمعايير الاجتماعية بحضور العصاب أو بغيابه . إن لي شخصياً رأياً بصدد ما هو مفضل في الحياة وبصدد معايير ذاك المفضل . يشمل تصوري ذاك القدرة على أن أسلك بحرية داخلية ضد الظلم الخارجي ، وأن أكون ثابتاً صارماً تأكيدياً وغير ذلك من شاكلته . قد يتأثر هذا المفضل بصورة ما بالفعل العصابي لكن من الخطأ الفادح أن نخلط الصحة النفسية بالفضيلة[2]. يعوزنا للأغراض الراهنة ألا نفعل أكثر من تعريف الصحة العاطفية بمجرد انعدام الاضطراب السلوكي عصاباً كان أم ذهاناً، مما يضعنا أمام « مشكلة » فهم ذلك النوع من الاضطراب .

تنحل المهمة الأساسية للمعالج في إقامة بعض المعنى من صخب المشاعر الغامضة التي تؤشر ، بشكل ما اضطراب حياة الفرد أو انسياقها في

(1) English, O. S. et. al., Emotional Problems of Living. N. Y., Norton, 1954.
(2) Nelson, B., The Psychoanalyst as Mediator and Double Agent: An Introductory Survey. Psychoanalytic. Rev., 52, No. 3, 1965, 375 - 390.

مسارات تتعارض والمتوقع منه وله في مجتمع معين [١] . وإننا لنسأل قبل إرساء المهمة المذكورة ، إلى أي حد يرجع سوء الانسياق أو التعارض إلى الاضطراب العاطفي الذي يسلم ذاته للأفانين العلاجية ؟ وكيف يتعرف على وجود الخصائص العصابية ، أي الأعراض ؟ كيف تقاوم الخصائص المذكورة ؟ في أية نقطة يجب اعتبار الخصائص العصابية المذكورة قابلة للعلاج ؟ يدفعنا تقصي الاسئلة السابقة للغوص في عدد كبير من المشكلات العامة ، خاصة لدى محاولتنا مناقشة علاج بعينه وملاءمته لاضطراب بذاته .
هنا ، يمكن البدء بواحد من الأعراض الأساسية للعصاب . يقوم العرض المذكور بانعدام القدرة على اتخاذ القرارات مؤشراً ما يسمى مشكلة الحرية الداخلية . العادة أن يسمح العالم الخارجي بعدد من الاختيارات ، لكن عائقاً ذاتياً ما يعترض السبيل وتنجم الصعوبة عن إمكانية تحقيق « الغرض » أو الموضوع الأساسي بعدد لا يحصى من الصيغ . أياً كان الأمر ، تكون القسرية الخاصة المميزة ويبدو كما لو أن شيئاً يفرض ذاته أو يقسرها علينا فيطرحنا بعيداً عن الواقع ، مهما تنوعت أو تعددت الفرص المتوفرة بين أيدينا [٢] .

قد تعمد المرأة إلى الطلاق لتجد أن الرجل الذي اعتقدت أنها تريده لم يعد يثير فيها شيئاً وأن الذي يبعث اهتمامها يحمل تشابهاً فجاً للزوج الذي هجرته لتوها قرفة منه . وقد يحاول الزوج مراراً وتكراراً ممارسة الحب ، لكنها ما أن « تتهيأ » ويبلغ حماسها لممارسة الحب إلى أوجه حتى تجد ذاتها متعبة بصورة تعجز عن تفسيرها ، ويؤلمها أن يجد زوجها في الرائي « شيئاً يجب أن يشاهده» . وقد لا يحاول الرجل الذي ما زال منذ شهور طويلة يجد في التنقيب وقراءة الإعلانات اليومية بحثاً عن عمل يخلصه من البطالة القاتلة الاتصال بذوي الشأن لأن شيئاً ما « يخبره » أن عليه أن يرفض الفرصة المتوفرة

---

(١) المرجع السابق

(٢) أسعد ، م . علم الاضطرابات السلوكية بيروت،الأهلية ١٩٧٧ ، ص ص : ١٥٠ - ١٥٤ :

John, N., Foundation of Psychopathology, London: Oxford Univ. Press, 1961.

ويدهشه أو يؤلمه عندما يتصل بذوي الشأن في اليوم اللاحق أن يجد العمل لم يعد متوفراً . ويعجز امرؤ آخر عن ترك المنزل دون أن يعود أربع مرات ليتحقق من إيصاد القفل ليتركه في المرة الرابعة مفتوحاً . قد تطول قائمتنا دون نهايــة ويستطيع أي قارىء مِلْء عدداً من الصفحات بحوادث متفرقة يلملمها من تجاربه الخاصة .

تتباين التجربة العصابية وتتراوح بدءاً بنسيان إسم ما في الوقت الملائم وانتهاء بالرهابات الحادة حيث يصرف الفرد حياته في الفـراش خشية أن تلطخه الأوساخ المنتشرة في كل مكان من الأرض والناس . يتميز العصاب « بالقسرية » التي تستحوذ الفرد وتلزمه بحيث يشعر بالعجز الدائم تجاه قوة خارجية تفرض عليه الخضوع لها ولا يستطيع منها مروقاً . إن عجز العصابي يستحيل التغلب عليه فلا يستطيع الفرد « تذكر » الإسم المنسي ولا يقوى على النهوض من الفراش . غير أن التدقيق يكشف أن « لا أقدر » تعني « لا أريد » فعندما يقول العصابي لا أقدر أن أتذكر الإسم أو أن أتحرك إنما يعني لا أريد أن أتذكر أو أن أتحرك [1] . عجز العصابي تمويه لرغبة صادقة في معارضة إتيان فعل التذكر أو الحركة فيبدو الفعل المذكور مستحيلاً . يجر « المستحيل » إذا ما حقق ألماً كبيراً وخوفاً مرعباً للفرد وهي مشاعر يود كل امـرىء تجنبها . يبـدو ، إذن ، أن الشخص الواقـع في قبضـة العصـاب « مكموش » في صراع عاطفي يعده سلفاً ضد الفهم لأن أحد فكي الصراع يخلق القلق للفرد فلا يتذكر العصابي بالرغم من أنه يريد أن يتذكر لأن تذكر الشيء يجر شيئاً آخر يرعب العقل فينسى وينسى أنه نسي وتوجهه « ثغرة » أعجز عن أن اتذكر. ويختار العصابي الآخر ألا يكون قادراً على النهوض من الفراش لأن مناسبة النهوض ، وإن بدت تافهة من الناحية الموضوعية ، تقحم بعض الأشياء الممنوعة ثانية إلى العقل فيحترز الأخير لها ويسقط عليها اتهاماته الفجة التي تلخصها وتوجهها كلمة « أقذار » .

---

(١) أسعد ، م . علم الإضطرابات السلوكية بيروت ، الأهلية ١٩٧٧ ص ص ١١٢ - ١١٤ .

قد تغافل بعض الأفكار التجربة العصابية التي تتصدى لها قبل ولوجها الوعي . ويصطرع النقيضان في تلك الأفكار فتكون بشعة وتكون ظريفة ، مرغوباً عنها ومرغوباً بها لا هي تؤخذ ولا هي تطرح فتراوح في مكانها مؤكدة « تحريميتها » المنكرة ونداءها الواعد بلذة أشد مما توفره الحياة اليومية وحياة اليقظة [١]، فإذا ما كنا عصابيين محطمين تماماً كنا أكثر قرباً من تلك اللذة المحتقرة وأكثر سعادة منا إبان انهماكنا في المساعي العادية المتوازنة . فيكون انهيارنا الثمن الذي ندفعه لتلك اللذة والغطاء المموه الذي يمكننا من متابعة ما دفعنا ثمنه . وقد يرجع المكبوت بين آن وآخر يشعشع أمام وعينا ، فيوسخ ، « من لا يستطيع النهوض من الفراش خوفاً من الوسخ ، بالنتيجة نفســه ، لأن الذهاب إلى الحمام يعني تعرضاً لوسخ أكبر في الطريق والحمام». لماذا يكون توسيخ المرء نفسه لذة ومرغوباً به ولماذا يكون ممنوعاً ومرغوباً عنه ؟ أمران إيضاحهما في غاية المتعة . أياً كان الإيضاح فإنهما تبقيان واقعتين تلازمان العصاب أبداً وتجعلان ما هو عصابي مداناً ومشوشاً لكل أنواع الأحكام الخلقية . غالباً ما ينجح العصابي في أن يكون فضائلياً ، غير أن فضيلته تُكتسب بالنضال ضد الرغبات الحقيقية داخل ذاته وهي رغبات يدنيها ويعليها في ذات الوقت . ليس العصاب ، إذن ، أقل من ثمن باهظ ندفعه لتحقيق درجة من السيطرة على تهذيميتنا الخاصة[٢].

الأغلب ألا يكون النمط بذاك الوضوح . فقد يتجلى العصاب في أشكال أكثر جانبية وتموهاً بحيث يستغرق نفس النوع من العناصر عدداً كثيراً من الناس لفترة طويلة من الزمن يضيعه بداخلها يأسٌ هادىء عصي على الإدراك . عاين أسرة تريد الأم فيها إبنها نفسه وتكرهه وتخافه . إنها الآن تمزق مشاعرها بين عدد من الناس فتتجنب زوجها لأن الجنس الناضج يثير فيها الكثير وتداعب ابنها الذي تستطيع توجيهه ضد أبيه وتضطهد ابنتها بسبب إثمها الخاص فتعاود ما كانت أمها تفعله معها وترد على الآخرين ،

---

(١) المرجع السابق ص ص ١١٥ ـ ١١٦ .
(2) Rieff, Ph., The Triumph of the Therapeutic, N. Y., Grune and Straton. 1966.

وهم يطلقون العنان لصراعاتهم الخاصة [١] . فالأسرة بمجملها ، إذن ، عصابية في سلوكها شأن الأفراد المكونين لها الذين قد يحولون الشجار صوب أنماط عصابية أخرى مظهرين شكلاً أو آخر من أشكال العصاب .

لنلملم ما قلناه : العصاب صراع في ذات الفرد المظلمة خارج إطار الوعي . إنه نضال يجري داخل العقل بين منظومات من الخيال والمشاعر من مختلف درجات الوعي فهو إذن معركة في العالم الذاتي تقصر عن بلوغ الشدة العصابية إن لم يؤجَج بعض متعاركي العالم الذاتي ضد البعض الآخر أثناء تفاعل الفرد مع عالمه الموضوعي . فتستمر المعركة في آن واحد في جبهتين ، بين الشخص وعالمه وفي ذاته . يعمل التوتر بين الجبهتين بطريقة ما على دفع المعركة إلى المستوى العصابي[٢] .

يتضايق حمد ، مثلاً ، من قذف فج أثناء ممارسته الحب مع زوجته . يكون كل شيء على ما يرام حتى تقفز فوقه للمناسبة وتفتل جسمها رأساً لقدم . عند هذه اللحظة تدخل الفكرة اللاذة الواعية عقله أنه أخذها تماماً ويرتاح للتساوي المتناغم لقذفه وإثارتها .

أنظر ، هنا، كيف يثار حادث ذاتي، الفكرة الواعية «أن أخذها تماماً»، بحادث موضوعي ، النكاح الفعلي ، فيطلق الفعل العصابي ، القذف الفج . إنْ أردنا إقامة معنى من الحادث كان علينا أن نفترض حالة ذاتية عميقة هي الجانب السلبي من الوعي الذي يضم عدداً من التخيلات التي تكون لها آثارها المدمرة إذا ما ترجمت شعورياً إلى واقعة أنه أخذها تماماً . ليس صعباً ، إذا كان عضو حمد في الوضع الملائم من زوجته ، أن نخمن أن معاناة الرجل نوعٌ من الخصي العصابي . إلا أن ما يُعد بصدد العصاب هو أن العصابي يعتقد عبر التخيل بقيام الحادث الموضوعي ولا يعرف بحدوثه فعلاً . إنه يعتقد عبر مخيلته أنه « امتلكها تماماً » ، دون أن يكون قد فعل ذلك حقاً .

(1) Rush, F., The Best Kept Secret, Sexual Abuse of Children, N. Y., McGraw, 1980.

(٢) المرجع السابق .

الخطر الذي يحسه العصابي ليس في عالم المكان والزمان ، أي ليس تهديداً فعلياً لاعضائه الجنسية ، بل إنه تهديد يحدث في العالم الداخلي الذي يمثل العالم الخارجي ويُقلِع منه لكنه يتابع درب نموه الخاص ، وإذ أنّ الخطر قوي تماماً ومؤذ حقاً ، فإنه يجر حادثاً عصابياً موضوعياً في يقظة الفرد . خلاصة القول إننا لن نكون عصابيين إن لم نكن تخيليين إلى درجة لا تصدق. تنتصب المخيلة هنا في موضوع ممارسة الحب ضد الواقع وتحوله بواسطة العصاب نفسه بحيث يفقد بعض جانب من محتواه اللاشعوري تاركاً حبيبه للخديعة الكبرى بأنه امتلك تماماً في الوقت الذي يمارس فيه الحب كما لو كان ذكراً مخصياً غير كفؤ . ثـم، ووفق منطق العالم الداخلي ، تحافظ المخيلة على التكامل المادي « لعدته » الجنسية ، وتثأر من الزوجة بتوسيخها من طرف وبإنزال الإحباط في شهوتها المتأججة من طـرف آخر . يغـدو اللاشعـور نتيجة لهـذه الزخمية وبافتراض وجوده طريقة في الجنون يكون العصاب بدونها ترهات سخيفة أو عادات سيئة [1] .

يشير التداخل المعقد للداخـلي بالخـارجي وتفرعـاته المتبـاينة إلى أن بالإمكان « إزالة » العصاب بعدد من التداخلات العلاجية بذات القدر من التنوع والتعدد . جوهر الأمر أن العصاب يتمثل أولاً بحال من الارتجاج بين الذاتي والموضوعي تعمل على مختزن لا شعوري من مخاوف ورغبات كان الكبت يمسكها ، فتنطلق وتمكن نفسها من بعض التعبير الجزئي ، ويتمثل ثانياً بحلٍ عصابي يحاول فيفشل فيحاول ثانية لإعادة النظام والتناغم ولخلق التوازن في المرتج [2] . إن الأمر أشبه بكابح كان يقوم بعمله جيداً ثم انزلق فأفلت المحرك من الزمام كلياً أو بضغط المحرض والكابح معاً بنفس الشدة مما يجعل السيارة تتذبذب متأرجحة بين الاندفاع والتوقف بنفس الدرجة من العنف والشدة . تمثل دفاعيتنا رصيداً ضخماً وعظيماً لإخضاع اللاشعور في الحياة اليومية . يمتلك الناس بين الإحلال الاجتماعي والتقمص والتفريغ من طرف، وبين القدرة الحيوية الأولية من طرف ثان سبلاً متنوعة للقضاء على

(1) Glasser, W., Reality Theorapy, N. Y., Harper, 1975.
(2) Freud, A., The Ego and the Mechanisms of Defense, London, Hogartt, Press, 1950.

الضغوط العصابية . فليست أنواع المواقف التي نسميها « مرضية » سوى حالات ارتجاج مستمرة ومعندة . قد يصبح الضغط شديد القوة كما هو الأمر عندما يصل المرء البلوغ أو يلد له طفلٌ أو تضعف لديه الدفاعيات كثيراً كما يحدث عندما يصاب أحد بمرض خطير ، والأكثر شيوعاً أن يحدث الأمران فيشتد الضغط وتضعف الدفاعيات من مثل ما يحدث عندما يفقد أحد الناس شيئاً أو شخصاً عزيزاً . في أي من الحالات ينقلب النظام الداخلي هشيماً وترتج علاقته بالعالم الخارجي ، لكنه لا يني يحاول فيصل إلى أنموذج ، ذات ذاتية ، تعمل بفكرها الشعوري وغير الشعوري على إرساء التوازن مع عالم خارجي موضوعي يلقي عليها مطالب متعارضة . يتضمن العالم الخارجي كلا الطبيعة (جسمنا) والمجتمع (الأسرة والتنظيمات المماثلة) . ولن نستطيع فهم ذواتنا وعصاباتنا ما لم نسلم بأنه ليس أيٌّ من تلك العوامل ، بل كلها ، عامل واحدها على الآخر ، يجعلنا ما نحن عليه . يحدث العصاب بارتجاج خطير بين الحاجة العضوية والحالة النفسية والتأثير الاجتماعي . تذكر الشرخ أو القطع الذي أحاق بالتهديمية اللاشعورية لدى حمد عندما فشلت حاجته الجنسية في الالتحام مع دوافع زوجته . يجلب العصاب الناجم إلى الساحة معه قوىً جديدة نصف ثابتة تعيد التوازن ، ولا يغدو نوعاً من المرض الذي يجب القضاء عليه ، بل طريقة للعيش ، أو ظاهرة ، الأمر الذي يجعل الطريقة الأفضل لوصف « كيف يشعر الناس في قبضة المعاناة أو التجربة العصابية » إنما تكون بتسميتها « الإحساس بما لا يرام » . وإذ إن عالمنا الخارجي يتكون من الناس والطبيعة المادية ، من المجتمع والجسم ، يميل « الجدل » العصابي لأن يحدث في أي من تلك المحاور وفيها كلها ، ولأن يكشف عن نفسه في صيغة علاقة مضطربة سواء مع الآخر أو مع الجسم ، وتتمثل في التوتر والركود والترهل العضوي وذلك عندما ينقلب التغير في الوظيفة إلى البنية . يعمد العالم الذاتي خلال هذا كله ، بلا شعوره ومحوره غير المرئي إلى القاء مطالبه [١] .

---

(١) أسعد ، م . علم الاضطرابات السلوكية بيروت ، الأهلية ١٩٧٧ ، شخصيتي، كيف أعرفها . بيروت : دار الآفاق الجديدة ١٩٨٥ .

قد يصعب التمييز الدقيق للعصاب عن النمو الطبيعي أو التطور فكل ما يظهر في مطالع الحياة جزء منا ، وبنمونا تتميز ذواتنا . إننا ننمي إحساساً بالأنا أي بمركز الذاتية التي تعيش فينا وتوفر وسطاً مسهلاً لتقدم نمونا بطريقة نسميها معقولة ومتناغمة . يعاني الشخص الطبيعي سواء كان « جيداً » أو « سيئاً » بعض التكامل في مقومات الذات (الجسم والمجتمع) ، أو ، ولكن أكثر دقة، يسلم «بالواحدة» وينطلق في شؤونه بجد لأمر آخر (للأخرى). لا يعني هذا تقدم النمو الطبيعي دون تعقيد أو صعوبة بل تتخلله نضالات مرة يستطيع كل من يلاحظ الأطفال رصدها . وإن ما يجعل النمو طبيعياً برغم كل تلك المصاعب والنضالات والتعقيدات ، إنما هو العامل الكمي الذي يشير إلى بقاء الصراع في متناول اليد فلا يفلت من الزمام . تقول العبارة الأخيرة ، بطريقة أخرى ، بأن الكبت يعمل بكياسة لإبقاء وريقات الرعب والرغبة في اللاشعور مطمورة بصورة جيدة . إلا أن لقوة الكبت حدودها إذ سرعان ما تفشل في الصمود بوجه المطمور فتظهر الشقوق والتصدعات في أرض التجربة مطلقة السبيل لحمم اللاشعور للخروج . وبالرغم من ميل التجربة إلى التقوي والتماسك فإنها تبقى تعاني الندبة والضعف ، فتعاش التجربة العصابية ضرباً من الانقسام المتعاظم : شعور بالاغتراب عن الجسم وعن الناس . وفي الثغرات تقوم أجسام غريبة ، كتل من مادة لا شعورية وقفت منذ أمد بعيد بين الذات وبين العالم الخارجي . في تلك الحالة ومعها نستشعر العالم الداخلي مشوشاً ومجزءاً وممسكاً بتفجرات مزاجية يصعب تفسيرها وإن كانت تتخذ صيغة أفكار عفوية ومخاوف متأرجحة تضغط للأمام بضرب من استعلائية آمرة بأن على هذا أن يكون كذلك ، دون أن تبالي أو تتأثر بحكم المرء عليها بالتفاهة [1] .

يلازم الاغتراب العصاب ويعد أحد أهم ملامحه ، ونحن ، في الواقع ، وبالرغم من أننا لسنا واحداً ، كل مترابط . وليست فكرة الذات المطلقة المحررة من الروابط العميقة مع سائر البشرية سوى أسطورة شاذة .

---

(1) Horney, K., The Neurotic Personality of our time, New York: norton . self - analysis New York: Norton, 1968.

بالمثل فإن ذواتنا وأجسامنا تتداخل مع بعضها في العضوية البشرية بالرغم من أنها ليست واحداً إذ لو كانت كذلك لتضاءلنا بذهابنا إلى المرحاض أو بقص شعرنا كما يخشى الطفل عندما يتعرض لتينك الحادثتين . تكون ارتباطات الذوات بالأجسام جدلية أو تفاعلية لا خطية وواقعية لا إطلاقية .

ليس الأمر إلى هذا الحد لدىٰ العصابي الذي يعاني اغتراباً داخل ذاته ، وبين نفسه والمجتمع والطبيعة (الجسم) . يحس العصابي باغترابه بمجرد تطلعه في المرآة ، اذ يبدو الشخص الموضوعي المرئي هناك غريباً على صانع الذات المدرك . « أيكون هذا الجسم لي حقاً»؟ قد يقول العصابي ويضيف : «من هذا الشخص الغريب الذي أراه هنا»؟ وقد يبدو الآخرون بذات الغرابة للذات ، وأقل إنسانية من مخلوقات من عالم آخر . يُحسّ هذا خصوصاً بالنسبة للجنس الآخر الذي يبدو جسمه المتميز بوضوح سراً مطلقاً ، سواء استشعر هذا كانقسام كلي « لا يوجد جزء من ذاتي في ذاك الآخر » أو وحدة مزيفة « لا توجد فروق آخر الأمر بين الجنسين». ويعانىٰ الاغتراب في كل الناس أيضاً ويكون صيغة مألوفة تماماً بدءاً من الشلل في تأكيد الإحساس بالجماعة وانتهاء بالعجز عن الحب .

للاغتراب مظهر اجتماعي ضروري يمكن عده العامل الحاسم وإن لم يكن بالمقدور متابعته . وأياً كانت الجذور التاريخية للتجربة العصابية ، فإنها ليست انعكاساً مباشراً عن الواقع الاجتماعي . العصاب حقاً نوع خاص من الانسحاب من المجتمع وتجب مقاربته انطلاقاً مما يولد الانعطاف عن النقطة الأساسية التي تؤكد أن ما يولّد الاغتراب في العصاب انما هو إقحام التجربة اللاشعورية الهدامة في سياق الحياة . إنها تجربة تنبعث من الماضي وتستمر في حال من الكبت حتى تعمل « بعض الظروف » أو حال منها على رج الاتزان . دعنا نلتفت ، اذن ، إلى الماضي .

٣

العصاب والطفولة

تنشأ استعداداتنا العصابية، كما يرى فرويد، عن شذوذات الطفولة المتمثلة باتكاليتها ونرجسيتها وتركيزيتها في ذاتها وشبقها غير المحدود والطبيعة الخاصة للفكر الطفلي. يتخطى شرح تلك الأمور الإطار الراهن وباستطاعة المهتم الرجوع إلى كتب علم النفس النمائي، لكننا نؤكد هنا بأن عصابيتنا تنبت في أصيص طفولتنا[1]. تلعب القوى الاجتماعية دوراً مؤثراً ومساعداً في تكوين العصابية غير أن العصاب يبقى «الجنون الناقص لطفولة يتصاعد نضجها».

ينجم العصاب عن إكراه العقل البشري على معاناة عدد ضخم من المشاعر الشديدة المتعارضة قبل أن يكون قادراً على مجابهتها. تتعرض تجربة الطفل للكثير من التعديلات الجذرية في وقت قصير نسبياً في ذات الوقت التي تحاول فيه المحافظة على استمراريتها وتباينها من لحظة لأخرى. وفي زحمة هذا التغير السريع لا تتوفر الفرصة لاحتواء دفيق المثيرات، فلا تجد «عطبية» الطفل وانثلاميته سبيلاً سوى تحويلها إلى تجربة عصابية. تقوم الأسرة لتوفير عالم من اللعب يقي الطفل «المصائب» ويجنبه الاضطراب العصابي وذلك إلى الحد الذي تستطيع فيه أداء مهمتها وإنجاز عملها. وهو حد لن يكتمل

(1) Jacoby, R. Social Amnesia, A Critique of Conformist Psychology from Adler to Laing, Boston, Houghton, 1975, P. 121. Fraiberg, S., The Magic Years, N. Y. Seribners, 1959.

قط، فلا تستطيع الأسرة، بسبب التعارضات الموروثة في الموقف الطفلي والنقائص التي يعانيها الأعضاء الراشدون الذين سبق أن كانوا رضعاً يعيشون في مجتمع يفرض قدراً من العصابية، أن تعمل أكثر من تقريب الأهداف للصغار ذوي الذاتيات الحرة النمو. إن الأسرة تعمل أقل كثيراً من تحقيق هذا الهدف.

ينبعث التعارض الأساسي من كون رضع البشر مخلوقات تعاني العجز المطلق والرغبة المحدودة، وهما صفتان متعارضتان تماماً، إذ تشتد اتكاليتنا وعجزنا عن مجابهة الدوافع باشتداد ضعفنا وتتخطى حاجة الصغير تطلبات الحياة للبقاء بحيث يبدو الارضاء الفعلي المحدود لبعض المطالب إحباطاً يعانيه جسم أثير فتحول ملعباً تتقلب فيه الرغبة بحرية تامة.

تعاني الرغبات الطفلية تناقضات تنضاف إلى التدخل الوالدي المتمثل بالإكراه والشح والمراودة وغيرها مما يسوق الرغبة للغرق. لا شك أننا ننسى الكثير من حالات التناقض التي عانيناها لكن الأطفال الأسوياء لا ينسون النضالات الحاسمة التي يمرون بها فيكون للحسد وللشعور باستحالة الرغبة وبالمحارم واقعيتها الثابتة. أينسى الطفل ما قال الوالد، عندما شعر بالدافع لأن يحصل على والدته؟ حتى لو لم ينتقم الطفل من قول أبيه، ألم يفكر بكيف يمكن التخلص من هذا الرجل العملاق الذي يحبه ويحتاجه؟ أتستطيع البنت الصغيرة الهرب من الخوف بأن «خصوصيتها» الجنسية سوف تحطم من قبل الوالد الذي تريده؟ أيقوى الصبي على احتمال رغبته الأنثوية نحو والده خاصة عندما تشتد برد فعل ضد الخوف والحقد؟ أيقدر الطفل على تحقيق فعل الحب مع الأم كاملاً، ألا يعاوده اتحاده اللامتميز معها في وقت مضى؟ ألا يرغب ذاك الطفل أو يأمل بجمع كل الأفراد والقوى في سياق إعادة الاتحاد؟.

لا يضطرب الطفل فعلاً إلا إذا ألقى الوالدان باضطرابهم الخاص عليه وتدخل الحظ بطريقة تهديمية بشكل ما. إلّا أنه من الضروري الاعتراف

بقابلية «عقل» الطفل أو بعطبيته للتآثير العصابية[١]. إن للطفولة معايير عقلانية تخلق قمماً من المرح تقيها التآثير المذكورة إلّا أنها في ذات الوقت محفوفة برعب متباين الأشكال والأنواع ينتصب أبداً حول مواقدها وتشدها رغبتها المجنونة إلى التقرب من تلك المواقد والاصطلاء بها. يحدث النمو المرغوب في الحياة السوية فيمحي التردد والأرجحة بالتأكيد الثابت للاعتبار للوالدين، وتلجم الرغبة لا هي تخمد ولا هي تؤجج في لهيب أرعن فيعذر التعزيز السلبي للمخاوف التي يحتمها المحيط. ولا يكتمل هذا قط، بسبب الصراع القائم أبداً في عقل الطفل وضروب النقص في المحيط. فالرغبة لا تتراخى ولا تزول بل تتحول إلى وجه أكثر تقبلاً، ويتضارب إرواء الرغبات مع الذات الناضجة، لكنه يبقى يتطلب تفريغاً تاماً ولا يكترث بسعادة موضوعاته أو بشقائها. وتتميز الذات وتقيم اعتبارها فتعد الآخر كائناً منفصلاً يجب احترام حاجاته، وتطلع إلى مسؤوليتها من رغباتنا التي يعمل أكثرها عمقاً وأشدها إصراراً على تعريض الذات للمخاطر منزلة بها اضطراباً يسمى «بالصدمة». تعرف الصدمة أنها حال مؤذية، تطول أو تقصر، تشعر المرء أنه أغرق أو زحم بمثيرات تتخطى قدرته على السيطرة. قد ترجع الصدمة إلى الجروح العضوية لكن أخطر أنواع الصدمات ما ارتبط بالمواقف الصادمة في العلاقات الإنسانية. ينزل الألم هنا من جانب أولئك الذين يملكون القوة لأن يراودوا ويهملوا وينتقموا ولأن يمسكوا زمام الوقاية ضد صدمة الآخر ولأن «يجننوا» بتواصل متنافر داخل منظومة الأسرة. وتجب الإشارة، هنا، إلى امتلاك الصغار لمصادر مؤهلة للتعامل مع المواقف الصادمة إلّا أن ثمة الكثير من الحالات حيث يخفض المرض وضروب الضعف الأخرى مقاومة الصغير وتغرق أقوى المضادات العائقية. فتنطلق يد المواقف والعصابات تعيث تأثيرها في الناس جميعاً[٢].

ينزل «الصادم» بالفرد دفيقاً من المثيرات تتخطى قدرته على التكامل

(1) Erickson, E. R., Identity and the Life cycle, Psychol. Issues, I, 1959, No. 1 N. Y., Int. Univ. Press, 1959.

(2) Erickson, E. R., Childhood and Society, N. Y., Norton, 1950. Nemiah, J. Foundations of Psychopathology, London, Oxford Univ. Press, 1961.

فيطغىٰ، نتيجة لذلك، جانب من التجربة الطفلية وينعزل عن باقي الشخصية بضربة من دفاعية طارئية تقي الطفل من الدمار الشامل. للدفاعية المذكورة، ولو أنها تتطابق مع مرحلة نمائية أضعف وأكثر فجاجة، أهمية عظمىٰ تتحدد بحجم الصدمة المفزعة التي عملت على لجمها وامتصاص آثارها. لا يبتعد ما تقي الدفاعية العصابية منه أكثر من خطوة واحدة عن أعز رغباتنا، فلا أقل، إنْ لم يكن معاناة الرغبة في شكلها النقي، من معاناة صيغتها العصابية المشوهة التي تجردها من صخبها الأولي الأصيل.

ففي داخلنا جميعاً «أورام» من تجربة طفلية تعاود الظهور متبلورة في صيغ غريبة تتنافر مع الفكر الواقعي للمرحلة العمرية الراهنة. إنها «أورام» هدامة يمزقها إحساس من القدرة ثابت لا يزول. يعمل قدرٌ كافٍ من تلك الأورام أو معاودته المستمرة على تكوين المادة التي يصنع منها العصاب. تعيش تلك البنى العصابية فينا وتقذف الوعي بين آن وآخر بأفكار شاذة تجافي العقلانية مبقية جانبها الأكبر آمناً في الظلام العميق. يستطيع المرء أن يعرف أفضل مما يرغب أن يعرف. يعرف الطبيب عماد وهو رجل تغمره مخاوف الخصي بأن العنق البولي منطقة الشهوة الأولية في الأنثى. يتقن عماد مهنة الطب لكنه لن يخبر أياً من مرضاه بشيء من ذاك القبيل، إلّا أنه يشعر أن عليه أن يؤمن به لنفسه بازدواجية تامة. لماذا؟ ربما لأنه يضفي على المرأة بعضاً من «قضيبية» وذلك، دون شك، كرد على «حاجة» طفلية معينة لديه. وتوفر السيدة ليلى المصابة بداء السكري والتي تعاني مخاوف مراقية متعددة وتشك في أنوثتها مثالاً آخر. تشارك المذكورة، وهي على قدر رفيع من الذكاء والثقافة الطبيب اعتقاده وتصر بأن دم خصوصيتها الذي أعقب تناولها لعلاج للسكري قد أتى مباشرة من المعدة التي كانت طبقاً لمنطقها الداخلي مرتبطة بالقناة التناسلية[١].

ليس علينا أن نفصل شرح التطبيقات المتعددة لتلك التخيلات لأن

---

(1) Erickson, E. R., Young ManLuther, N. Y., Norton, 1958. Lidz, Th. The Person, N. Y. Basic Books, 1968.

هدفنا من المثال يقتصر على الإشارة إلى خاصية الفكر العصابي المتمثلة بالجمع الشاذ للسخف العقلاني إلى التحررية العمياء الذي يخلقه السخف المذكور. صرنا، إنْ أدركنا ذلك، في وضع يمكننا من فهم المواضيع ذات الدلالات العظيمة. أثارت المخيلة الطفلية في الأمثلة السابقة اليقين والشك، والقبول والإنكار مما يدل على قدرتنا على حمل معتقدات فجة وإنكار ذلك. ترى ذواتنا أو جانب منها الازدواجية المشار إليها وأن المنطق يقر بأن افتراضاً ما لا يمكن أن يكون صادقاً وكاذباً معاً، إلا أنه يقر أن للمنطق أهميته في الحفاظ على نوع من التوازن وذلك كحصن ضد ألم داخلي لا يطاق.

يعني ما سبق أن أغلب «مزع» السلوك ليست سوى «مساومات» بين اتجاهات متنافرة تماماً. ويترك العقل العناصر المنفصلة تسير وجهاتها الخاصة، ما دام ذلك لا يهدد سير النظام الكلي.

تجب ثانية ملاحظة، ازدياد التعلق بالتخيلات الطفلية بازدياد سخفها وبعدها عن الواقعية، لأن قوة الارضاء التي توفرها أو الألم الذي تبعده والمشاعر المرتبطة بها إنما هي بحجم سخف تلك التخيلات. لأحلام اليقظة وتخيلاتها أهمية معروفة لكن نظيرتها التي يجهلها وعينا أكثر أهمية لأن واقعة كونها خارج إطار الوعي تعني أنها شديدة السخف والتوتر، الأمر الذي يبقيها سرية عن ذواتنا وعن الآخرين[1].

ثمة مجال واحد تتخذ فيه تلك السرية أهمية فريدة وذاك هو استمرار الرغبات نحو الوالدين. إن أحداً لا يستطيع إنكار «الاستثنائية» لرابط الطفل بوالديه، لكن أحداً ليس قادراً على تقييم معناه العاطفي الحي، أي القوة التي تبعتها تلك الرغبات الطفلية في الراشد، وذلك بسبب العزل والازدواجية المشار إليها من قبل. فيبقىٰ التشوق القديم المحرم محفوظاً في «الما حول» بصيغة غير شكلية، وسننكر أنها رغباتنا وننكر أننا ننكرها، مبقين على وضع

(1) Freud, S., The Future of an Ilussion, N. Y., Doubleday, 1957, The Interpretation of Dreams, N. Y., Macmillan, 1913. Freud, A., Normality and Pathology in Childhood, London, Penguin, 1973.

سليم من الهيبة الملائمة. نمسك رغبتنا «بالوالد المحرم» بحصولنا على الأطفال الذي يحفظ النوع البشري أو بطرق بديلة تقام إذا ما حرمنا السبيل الأول فنهوى تربية الحيوانات أو النبات أو غيرها من الممتلكات أو نعبد القادة والأبطال ونطيع أوامر المعالجين أو ننصت إليهم باحترام وإجلال.

يبدو أن كل ما ليس متناقضاً ليس إنسانياً. ترصد سلوكنا وتحقق من صعوبة الاعتراف بما تريد، ومن تلاشي الرغبة بالوالد حال طروقها باب الوعي إذ تجردك من كل ما اكتسبته وتبعث فيك الكبرياء وترمم لك وقتاً من «التمام» الكامل ولو أنه موهوم، وقتاً حيث كنت تعتقد أنك والكون كنت واحداً. إنني أشير هنا إلى النرجسية وهي بعد هائل الأهمية في الحياة البشرية وفي العلاج. تشير النرجسية لكل تلك الاتجاهات والأفكار والمشاعر التي تستغل «فكرة» المرء بأهمية الذات والقيمة والحب. لا شيء يمكن أن يكون أكثر أساسية أو تعارضاً أو ازعاجاً من ذلك البعد، لأن اتجاهاته تجمع الضعف والقوة. ووفق منطق مدهش وعجيب تضم العجز المطلق والتجاهل والاتكال إلى الكبرياء والعنجهية والفخر والقيمة. لا شك أننا نقلل من تأثيرها في كل شيء نفعله لأن الاعتراف بقوتها يؤذيها أو يضعفها[1].

لا تنتقص الإشارة إلى السخرية المطلقة للنرجسية من أهميتها، فهي حقيقية لا يمكن نفيها، خاصة عن اللعب والفن والتحصيل والحب وغيرها من تلك الأمور التي تتشبع بالنرجسية وتجعل للحياة معنى أو أهمية. تشحن النرجسية كل شيء له قيمة، فتضفي على الذات آفاقاً تبلغها نور التوسع فتتحد بما هو بعيد عنها أو يتخطاها فتحضنه شخصاً كان أو شيئاً وتصنعه قطعة من الجمال أو بعض جزء من الحقيقة. تفعل ذلك وهي حال من التوازن المتناغم بين كل ما هو فينا. بالرغم من أن البعد النرجسي يبدأ في الرضاعة إلا أنه قد تعاد إقامته وتناغمه خلال سياقات الحياة فيبلغ صفة الحكمة. فالرغبة بالوالد، إنْ هي استمرت تفعل كاحترام مهذب للتقاليد.

---

(1) May, R., The **Meaning** of **Anxiety, New York: Ronald Press,** 1950. **Existense, New York: Basic,**books, 1956.

تشرح الأجسام غير المتمثلة من التجربة الصادمة التي تظهر في النرجسية النقطة الأخيرة جيداً.

تبرز الجزئيات غير المتمثلة من التجربة الصادمة في سياق العلاقات غير الإنسانية مع أعضاء الأسرة أو الذين يمثلونهم. تبقى الرغبة تجاه عضو الأسرة في الصيغة النهائية للتجربة الأصلية بفعل العناصر النرجسية. جوهر الأمر إن كل قطعة من السلوك العصابي ادعاء نرجسي خاص. فـ«أنا» الساحر والرجل السامي داخلي وليس الشخص العادي للحياة اليومية. تقول إن هذا كذلك. ويجب أن يكون كذلك لأني أقول ذلك، ولا أبالي إنْ باقي جوانبي أو أنت في الخارج تعتقدون أن الأمر جنون هدام، فهو يجب أن يكون كذلك. إني ألحّ. يقطع الإصرار المذكور اللاشعور والفكر العصابي عن التصحيح العادي في حين يضخم المخاطر المتخيلة بعد المدى الفعلي لأي تهديد، حقيقياً. تعد الدرجة التي يبلغها هذا النوع من النرجسية المرضية معياراً لأسواء الحظ التي يتعرض لها الشخص النامي.

إن كان علينا أن نبحث عن «السمة» الواحدة التي تميز جزئيات التجربة التي تكون نواة البنية العصابية من نظيرتها المكونة للنمو الحر للشخصية نجد المبدأ الآتي: يعاني الفرد في حالات النمو الصادم حقداً غامراً في نفس حاله من الرغبة نحو من يحب. أفحص بدقة كافية لب أي تشكل عصابي سواء كان اكتئاباً أو عطباً جنسياً خاصاً أو رهاباً أو فكراً استحواذياً أو هجمة هيسترياية أو ادماناً أو حتى وهماً ارتيابياً، وامرق من هناك عبر البنية الخاصة فإنك سوف تجد نفس هذا الحقد كامناً وموجهاً بطريقة محولة بصورة ما نحو موضوعات الرغبة القديمة.

٤

الحاجة إلى العلاج

وصفنا لب الظاهرة العصابية وكيف تعانى. ما زال علينا أن نعتبر الحاجة إلى العلاج وكيف يمكن تقييم تلك الحاجة وكيف، على الخصوص، نستطيع أن نعرف أن «الأشياء» قد انزلقت بعيداً جداً عن الملائم أو الضروري أو اللازم أو المتوقع؟.

يتطلب ايضاح «صورة» ما يجري داخل الحياة العاطفية للفرد الكثير من الوقت والجهد. تذكر أن العصاب يتكون في الظلام[1] بعيداً عن أضواء وعي الفرد، وأن الكثير من ضروبه تتبدد تلقائياً أو بسبب تدخلات عارضة دون أن تفهم بوضوح أو تعالج وفق الأسس العقلانية. العادة أن يكون مؤشر الاضطراب نوع من التفكك الخلقي يحس به المرء خروج الحياة عن سيطرته وبإنزالها الألم والشقاء منزل السعادة فيه وخضوعها لسياقة، قوى غامضة تؤدي إلى تشوش الفكر. يشعر الناس، بعبارة أخرى، أنهم تعساء بسبب شيء ما سار خطأ في سياق الحياة اليومية وأنهم عاجزون عن السيطرة على شقائهم بوسائلهم العادية فيضيعون في معرفة ما يضايقهم فيجلسون يحاولون فهم مشكلاتهم.

(1) Rappaport, D., The Autonomy of the Ego, Bull. Menn. Clinic, 1951, 15, 113, 123. Numberg, H., The Synthetic Function of the Ego, Int. J. Psychoanal., 1931, 12, 123 - 140 Gero, G., The Concept of Defense, Psychoanal. Quart., 1951. 20. 565 - 578. Freud, S., The Ego and The Mechanisms of Defense. N.Y., Int. Univ. Press, 1946. Freud, S., The Psychopathology of Everyday Life. London, Pelican, 1978.

يرى أغلب الناس عندما يحاولون تحليل مواقفهم السبب الرئيسي لصعوباتهم في ما هو خارجي. وتخضع الأغلبية العظمى لخط سلوكي مؤدّاه أن «ليس خطأي» يقولون، بل، إنها غلطة الشريك الآخر أو المدرسة أو الآخرين أو الأم والمجتمع أو ربما الطقس أو موقع القمر وشكله. يرجع الميل المذكور إلى «نحت» نرجسيتنا المتسبب عن الخوف من أننا نتغير. لا يقوم خطأ الناس في أنهم «يقدمون عوامل» بدل الشيء الموضوعي القائم دوماً في كل عصاب بل في الطريقة التي تلغي «الجانب الذاتي» أو تقلل من أهميته بحيث يتهرب الناس من مسؤولية حياتهم[1]. يدل التمعن في كل ما قد وصف حتى هذه اللحظة بأن المشكلة ليست من طبيعة الغلط الذي يعمل فيه الكون كله ضد الشخص بل إنها تفاعل معقد بين ما تجلبه لنا الحياة وبين ما نجلبُه لها. لذلك، وجب عدّ كل فرد مسؤولاً عن العصاب دون أن يلام عليه بل يحتفظ باللوم للمظالم المنزلة بالناشىء سواء في طفولته وسياق نموه العصابي أو لدى ولوجه إلى المجتمع في مراهقته. ذلك لأن الناس يحملون أنفسهم في عصاباتهم إلى ما كانوا قد اختاروه لها، ويتحد الجانب الأساسي من الاختيار بصورة لا شعورية مما يبعده عن سيطرة الاعتبارات الخلقية المباشرة، إلا أنه اختيار يمارسه الشخص عند تفاعله مع الموقف الخارجي المرتبط بالظاهرة العصابية. لا تفيد وجهة النظر المذكورة في تبسيط مهمتنا لأنها تفرض أن نعتبر، في كل حالة، كلا من موقفنا الخارجي والحالة الداخلية للعقل كما يتفاعلان الواحد مع الآخر، وليس بصورة منفصلة. يساعدنا في اعتبار التفاعل عزل ومعاينة مدى مستقطب تقوم في إحدى نهايتيه الحوادث الخارجية التي تبدو مرجحة، وفي الثانية المشاكل التي يبدو أن ما يجري في الخارج يؤثر في خلق حال عصابية. وعلى المرء، تبعاً «للموقع» من المدى أن يرجح كفة الداخلي الذاتي أو الخارجي الموضوعي[2]. تساعد الأمثلة التالية في ايضاح الأمر.

---

(1) Murray, H. A., Explorations in Personality. N. Y., Oxford Univ. Press, 1958. Kris, E., On Preconcious Mental Procesees. In Organization and Pathology of Thought (D. Rapaport ed) 474 - 493, N. Y., Columbia Univ. Press, 1951.

(2) Fenichel, O., The Psychoanalitic Theory of Neurosis, N. Y., Norton, 1945.

أعطت الآنسة ل. ابنة الثمانية عشر ربيعاً انطباعاً بأنها سوية بالرغم من إحالتها إلى المعالج «لجنونها». ظهر أن رعباً عنيفاً من والديها قد حلّ بها بسبب انزلاقها منذ فترة وجيزة في مضاجعة صديقها. ترجع عاصفتها العاطفية إلى تخيلاتها اللاشعورية. فجّر لفتُ المعالج لانتباهها إلى تلك النقطة بكاءها ثم توقف جنونها وانتهت الحالة. ربما لم تنته فقد ترجع أرقة غاضبة قلقة. انتهى الأمر وتزوجت وكان الزواج اتحاداً أقل إسعاداً مما يتوقع منه إذ اقترنت بمن لم تشاركه إلا القليل وكان عليها أن تقلب لوالدتها ظهر المجن. تستطيع أن تظن أن اختيارها الزوجي، وانفصالها عن والدتها، والأعراض الداخلية تترابط كلها بصورة وظيفية لاعتراض التخيلات اللاشعورية. لكن الأمور، الآن، أكثر صعوبة فهي لا تستطيع ترك أمها أو زوجها دون إيذاء مشاعرها، إلّا أن كليهما يخلقان لها الألم. ربما كان عليها الآن أن تتطلع بدقة أكثر إلى جانبها الذاتي. ربما، لكن ليس من الضروري. أو ربما أن على كل الأسرة أن تجتمع وتبحث الأمر. أو ربما أن حالها مجرد مرحلة ستهدأ من ذاتها وتكون على ما يرام لو تركت لشأنها.

قد تعوض انقطاعها عن أمها بتبنيها «سبل الأم» مما يفيدها في وقاية نفسها ضد الإثم في نفس الوقت الذي يعظّم شكوكها بذاتها ومحوها لها مما يثير الازعاج للآخرين الذين يجهلون مصادرها الداخلية. وماتت أمها فتغير سياق الصراع جذرياً وحل بها الحزن ولازمتها الكآبة وأحست بأنها ليست جيدة وبأنها كانت ابنة قليلة الإيمان بالرغم من تكريسها لذاتها للعناية بوالدتها خلال محنة أيامها الأخيرة، وفقدت كل اهتمامها بالحياة، إلّا أن حالتها لا تحتاج حتى هذه النقطة، انتباهاً خاصاً، فهي حلقة حتمية من سلاسل التضييع والإيجاد التي تعطي الحياة نكهتها ومعناها. عند التضييع نندب فحسب ونشعر بالحزن ونفتقد أولئك الغائبين الذين ضيعهم الزمان بصورة ما ثم نوجه حبنا صوبا ما. إلّا أنه، وبسبب الصراع الحتمي يخالط بعض الكآبة ندبنا، ومع شعورنا

(1) Mittelman, B., The Concourent Analysis of Married Couples, Psychoanal. Quart., 1948, 17, 182 - 197. Parsons, T., Family Socialization and Inter action Process, Glencoe. The Free Press, 1955.

بالتضييع أو الفقدان نلقي مشاعرنا السيئة، على ذواتنا ونشعر بالفراغ ونخسر قدراً من اعتبار الذات الضروري لسياقة الحياة. وإذ إن الصراع والتضييع والإيجاد أمور محتمة ولا مناص منها، فإن أحداً، مهما كان سوياً، لا يستطيع متابعة حياته دون نوبات من الكآبة[1]. إن تضييع بعض الأشياء، كموت أحد الوالدين يخلق قدراً من الكآبة.

لكن، ماذا، إذا استمرت هذه المرأة في الانزلاق إلى العجز الوظيفي؟ ماذا لو أنها عجزت عن التماسك بعد أشهر من الندب؟ ماذا لو أنها عجزت عن الندب؟ ألا يؤشر ذلك اضطراباً خطيراً؟ ماذا إذا اتسعت أعراضها لتشمل تدخلاً رئيسياً في النوم والأكل والخروج؟ ماذا لو عانت بعض الفصم عن الواقع بحيث تشعر أنها مضطهدة أو تعاني أفكاراً شاذة حول جسمها؟ ماذا، وهو أمر قائم ولو لم يقل، لو أن السيدة ل احتضنت فكرة جدية عن الانتحار؟ يكون واضحاً، إنّ وقع أي من مضمونات الأسئلة السابقة، أنّ الحضور الحي لوالدتها كان «الرقعة» التي تمسك أو تخفي الصعوبة العاطفية الرئيسية التي تستدعي التدخل صراحة. أو قد تستطيع المرأة تطبيع العاصفة والعودة إلى أساليبها القديمة محررة من مصاعب العصاب. أو ربما لن تستطيع المرأة ذلك. فقد تبدو وزوجها بعد عدد من السنين في شقاء جنسي أزمن فاستغرقها. ربما أن زواجها كان في الأصل خطأ عصابياً وأن الزوجين أدركا زيف الحب فصار انفصالها أمراً ضرورياً. تعقد مشاكل الأولاد والقيم الدينية والاقتصادية الأمر لكن تلك المشاكل تبقى مستقلة وتفرض دراستها بمعزل عن مشكلة التعاسة الجنسية. قد يكون ثمة ألم لكنه لن يكون مشكلة عصابية ذلك لأن الموقف الراهن يفرض أنفصالها. ومن الطبيعي أن يعمل «هذا الواقع» على تفريخ العصاب لكن ذلك سيكون مشكلة من نوع آخر[2].

هناك احتمالات أخرى. فقد يبقى العصاب هائجاً مما يضيف الحقد والعجز عن التواصل إلى التعاسة الجنسية ويفرض تقصياً عميقاً في حياتها

(1) Klein, G. S., The Personal World Through Perception, In Perception: An Approach to Personality (R. R. Black and G. V. Ramsey ed), 328 - 355, N. Y., Ronald, 1951.

(2) Bergler, E., The Basic Neuroses, N. Y., Grune and Straton, 1949.

وداخل كل منهما. أو قد لا يكون الأمر كذلك، فتحلو كل علاقتهما إلا في جانبها الجنسي. ثمة في هذه الحالة منطلقات لتعاسة جنسية من هذا النوع تختلط واحدتهما بالأخرى. يرجع الأول إلى كبت جنسي عام لقيام التخيلات اللاشعورية في الحيز الجنسي وذلك بغية الحفاظ على السلام الزوجي في البدء أو للجم التفجرات العصابية في ذلك الوقت. ولن يكون الزوجان غير سعداء إذا ما نجحت تلك الأفانين لانعدام الرغبات المحبطة التي قد تندس في تلك التوازنات. أما إنْ كان نجاحها جزئياً فإنها تمهد السبيل لمشكلة أخرى يمكن للتدخل في الكف الجنسي العصابي المتموضع محلياً أن يوقظ الشيطان الذي أمسكها في بداية زواجها. عسى أن تكون الآن أكثر نضجاً وأقدر على تمثل الأمر، لكن ليس ثمة ما يؤكد حدوث التمثل المذكور.

لنتفحص الآن المنطلق الثاني للعجز الجنسي في زواج ناجح إلى درجة مقبولة[١]. قد يكون صحيحاً أن المرأة لم تعمد إلى كبت جنسها في بداية ممارستها له، فلم تتجنبه بغية السيطرة على القلق الذي غمرها آنذاك، أي أنها تبقى من الناحية الذاتية متفتحة إلا أنها تصون نفسها عن معاناة الخبرة فلا تتعلم «طرق» الشهوة، ربما كان ذلك لصيانة الصورة التي رغبت أن تكون لوالديها عنها: فتاة نظيفة بريئة لا تبالي بالجنس. إنه لأمر مدهش أن يبقى الكثير من هذا في الحضارة المتطورة، والأكثر إدهاشاً حجم ما يقدر الناس على تعلمه عند نضجهم. ولا يحتاج النضج إلى علاج إذ إن مجرد العيش يحدثه.

تتعدد إذن الصيغ السلوكية للعصاب[٢]. يمكن للصدمة العصابية أن تستجيب للعلاج، إنْ بقي عالم الفرد الذاتي غنياً مرناً منفتحاً على التجربة، كما هو الشأن في المثال السابق وذلك بتوفير الاستشارة الجنسية للزوجين التي تتضح ملاءمتها في سهولة تواصلهما وصميمية تعلقهما ببعضهما. أمّا إذا شعرا أن حياتهما مغلقة فارغة ومقتولة بحيث يبقيان جائعين أمام «قدر جيد من

(1) Reik, T. Masochism in Modern Man. N.Y.: Farrar and Rinhart, 1941.

(٢) المرجع السابق.

«الغذاء» كان العصاب عميقاً وتطلب انتباهاً بذات العمق. يعيد هذا صياغة فكرتنا الرئيسية من أن العصاب يقوم في قلب العالم الذاتي للإنسان وتحت مستوىٰ الوعي. يمكن القول، تبعاً لذلك، بأن الاضطرابات التي تنجم في «نقطة» أقرب إلى تلك المحاور العميقة تكون عصابية حقاً، وأصدق مؤشر على عمق العصاب ذلك أن تجربتنا الذاتية أقرب إلى اللاشعور منها إلى الفعالية الخارجية. ومهما عمقت جذور العصاب فإنه لا يتوطد جيداً إلاّ في علاقته بتوازن القوىٰ في مجمل حياة الفرد[1].

غير أن علينا ألا نظن أن معياراً اجتماعياً معيناً من النجاح يجنب المرء العصاب. إذ يتجنب الكثير من الناس الإثم الداخلي والقلق والكآبة بالعمل الخارجي حيث يمكن للتعزيزات المادية العادية للنجاح أن تغضب فتزيد الإحساس بالفراغ وتضخم الشعور بالإثم، أو تشد المرء بعنف قسري بحثاً عن المزيد من القيم الرمزية المزيفة. يحقق مثل هذا الفرد حياة كاملة في مهنته وأسرته وممتلكاته لكن تلك ليست سوى قضبان حديدية لقفص تصنعه يداه إذ يستمر البؤس الذاتي يفضح تناقضات حياته. ثمة، بالطبع، أمر يلفت الإنتباه لحال من هذا القبيل وثانٍ يؤكد عصابيته، وإنْ كان يمكن أن يكون ومضات التنوير. ولا تجب الإشارة إلى هذا في البدء إذ غالباً ما يترافق الشقاء بإحساس شديد بالتشوش أو الحيرة، إلا أنه يجب أن يدفع المرء إلى طلب العون[2].

تحدد درجة انفلات القوى اللاشعورية ما أن كانت المشكلة الأولية عصابية أم لا، وإذ إن من الصعب تحديد شدة الإنفلات المذكور، يجب على المرء أن يبدأ بنوع من العلاج يعينه على فهم ما به مما يساعده على تحديد الخطوة التالية.

إليك المزيد من الأمثلة:

---

(1) Hartman, H., On Rational and Irrational Action, I, Psychoanalysis and the Social Sciences, Vol., I (G. Roheim, ed), 359 - 392, N. Y., Int. Univ. Press, 1950.

(٢) المرجع السابق.

١ - لا تقوم الحياة دون قلق[١]. يتوقع، بسبب العدد الضخم من الأعمال التي لا تكمل، لهذا الإحساس أن يبرز سواء من مخاطر العالم الخارجي أو من طفو المخاوف اللاشعورية على سطح الوعي. لا يسلم من معاناة الكوابيس سوى الشخص الذي يكبت أحلامه. إلا أنّ للقدرة الذاتية على القمع حدودها التي بعدها يغدو القلق مشكلة تشير إلى حاجة القوى المحركة للقلق إلى الإنتباه. يعمل القلق حتى تلك الحدود كوسيلة تحذيرية تساعدنا على إيجاد دربنا بين «الغامنا» وتحثنا لبذل جهود خاصة، أمّا بعد النقطة المذكورة فإنه يغدو مصدراً للتفكك. فإذا ما أفزعتنا مهمات الحياة اليومية أو توجسنا من النوم خشية الأحلام، أو أصابنا الشلل فصرنا كضبع سلِّط الضوء الساطع في عينيه، وجب أن نعلم أن الوقت قد حان لطلب العون من المعالج النفسي.

٢ - لسنا بحاجة لشرح عصابات الأعراض الاستحواذية والقسرية والرهابات وهجمات الإرتداد الوظيفي وغيرها لقلة انتشارها، ولتركها، إذا ما حدثت القليل من الشكوك بصدد اضطراب من إصابته[٢]. فيستحيل آنذاك تبريرها بإرجاعها إلى أمور خارج الذات. يحس ضحية التفكير الاستحواذي بعجزه عن الإمتناع عن اجترار أفكار معينة، وتغلب في من يعاني الفعل القسري، الحاجة لممارسة طقوس بعينها من مثل الاستمرار في غسل اليدين. ويفشل التبرير في الحالين سواء في إيضاح الفعل أو في إيقافه لقيام الصعوبة في العالم الذاتي الخبيء.

هناك، في حالة الرهاب الأكثر شيوعاً، إتجاه لتحويل الصعوبة خارجاً، فيسقط، الرهابي قلقه على موقف خارجي ويشعر بعد ذلك أن عليه تجنبه. وليس من الصعب إقناع المرء بسخافة معتقدة، على الرغم من محاولته تبرير مخاوفه. يكون الأمر كذلك خاصة بالنسبة للحالات الحادة من الرهاب حيث يغدو ميل الحل العصابي للإنهيار واضحاً. غمرت إمرأة عداوة لا شعورية نحو

---

(1) Nemiah, J., Foundation of Psychopathology. Oxf. Univ. Press, 1961.

(٢) المرجع السابق

رضيعها عندما كانت تصف سيارتها مما دفعها للإمتناع عن صفّها إلا أنها عجزت عن تجنب عداوتها أو نمط معالجة تلك العداوة، مما جعلها تجد نفسها محشورة في محيط من المساحات الممنوعة يضيق باستمرار فاضطرت لحبس نفسها في غرفة نومها حيث جزعت من نزوة برزت لديها للقفز من النافذة.

٣ - ليس الْعَرض هو الشيء الحاسم بل إن حِدَّته هي التي تقيم الحاجة إلى العلاج أو تنفيها. لا بد إنْ نحن بدأنا السير من الخلف أو بالحالات الحادة، من أن نبلغ منطقة تكون أعراضها العصابية لوناً من ألوان الحياة وتسلم نفسها لسيطرتنا وتوجيهنا. يعاني كل منا العديد من ضروب الرهابات من الصراصير وأنواع الطعام وغيرها ويبررها بإرجاعها إلى تذوقنا الخاص. ويمارس الكثيرون منا طقوساً تقليدية تافهة انقلبت منذ عهد بعيد جداً عادات أو قوالب لا تؤذي. ويتعرض جميعنا لأفكار اجترارية تطن في رؤوسنا إبان يقظتنا كأصوات مختلطة تبعثها مئات المذياعات على شاطىء صاخب بالناس والأمواج. لا يستدعي أيٌ من تلك «الاضطرابات» علاجاً. وأن لكل منها قيمته في تفسير الجوانب الضعيفة فينا وفهمها. وتبقى تلك الاضطرابات وديعة لا تؤذي وظلا مرافقاً أنيساً أو عصاباً ثانوياً يمكن تركه وشأنه إلى أن يعوم القلق ويزيد فيؤشر إنفلاتها وانقلابها من الوداعة والإيناس إلى الشراسة والإيذاء.

لا يعاني العديد من الناس شيئاً بهذا التبأور أو بتلك العصابية ولا يحملون عرضاً يسهل التعرف عليه ولا يستطيعون مسمرة مصاعبهم في حادث بعينه كوفاة أحد في الأسرة مثلاً[1]. إن ما يحدث في العادة نمط من الانتكاسات تتراكم بحيث يحس الشخص «أنْ طفح لديه الكيل» فيبدأ يرى بأن السلسلة الطويلة من الإنعكاسات والكآبة المزمنة المرتبطة بها قد تسببت في جانب مهم منها، على الأقل، عن قوة داخل الذات تدفع إلى الانهزام، وليس

(1) Hartman, H., Comments on Psychoamatic Theory of the Ego. In the Psychoanalitic Study of the Child, Vol. V, 74 - 96, N. Y., Int. Univ. Press, 1950. Ego Psychology and the Problem of Adaptation and Pathology of Thought (D. Rapaport ed), 362 - 396, N. Y., Col. Univ. Press 1951.

من الضروري أن تظهر الإنتكاسات بشكل واضح دوماً، وقد لا يكون الأمر سوى نقطة علاّم في حياة الفرد من مثل ميلاده أو الإحتفال بحادث قريب العهد أو تجاوز العمر الذي كانه والده عندما حل به شيء حاسم، أو مجرد التدفق الثابت للوقت والأحلام التي يفرّخها. يجر أيُّ شيء يتجاوز عتبته المرء إلى إعادة تقييم ذاته.

٤ ـ غالباً ما تختلط منغصات الإنسان في شذوذات الطبقة الإجتماعية العجوز وما تخلقه من ملل مما يجعل من العسير التمييز بين أزمة الضياع وبين العصاب، أو بين الآثار التي تخلقها الضغوط الإجتماعية وتلاعبها بالفرد وبين التلف الذي ننزله من دواخلنا عندما تُحكم ضروب الرعب الطفلي المنبعثة من اللاشعور قبضتها فينا. من المسلّم به أن الإحساس بالشذوذ ومعاناة الضغوط تقّنع ضروب القلق العصابي، لكن ذلك لا يقلل من كونهما مشاكل قائمة بذاتها. فإذا تخطى الاغتراب حدود الترويض كان إدراكه لدى من يعانوه دلالة على الحكم السليم لديهم. لا يقوم، مع ذلك، سبب يبرر لماذا لا يمكن للفرد أن يشل عصابياً ولا لماذا لا يمكن للمصادر الموضوعية والذاتية أن تنزل التدهور الواحدة بالأخرى. تزداد صعوبة تحديد الحاجة إلى العلاج عندما تتوارى مسارات الاضطرابات الفردية والإجتماعية. ولن نستطيع تحليل هذه المشكلة بعمق قبل نهاية بحثنا. وسنسلم الآن بفكرة ترابط مستويي الصراع بدل إنحلال أحدهما بالآخر. إذ يمكن للفرد أن يعاني الغربة الإجتماعية في نفس الوقت الذي يكون فيه عصابياً، ويجب عليه أن يدرك ارتباطهما واختلافهما بحيث يعالج كلا منهما ويرفض الاعتقاد بأن الانخراط في العمل السياسي سوف يشفي عصابه أو أن العلاج سيقيم ذرة من الفرق في الاضطراب الأشد[1].

٥ ـ يقوم ذات النوع من التعقيد بالنسبة لأولئك الناس الذين انتهكوا المعايير التقليدية من السلوك. لا يستطيع المجتمع أن يقوم بوظائفه دون أن

---

(1) Kithrie, J., The Right to Be Different. John Hopkins, 1972, Sullivan, H. S. Conceptions of Modern Psychiatry, Psychiat., 1940, 3, 1-17.

يسِم بعض أنماط السلوك بالإنحراف كمقدمة للتخلص منها ووصف كل من يمارسها بالإنحراف سواء كان مثلياً أو من أنصار العري أو ممن يفضلون وقاع البهيمة. على مثل هذا الفرد، عندئذ، أن يناضل من أجل تقبله للوصف ولمكانته الوضيعة، وأن يعاني بعض ضروب الحرمان أو كلها أو الضغوط المنزلة بالمنبوذين. يجب التأكيد بأن ما من صيغة سلوكية تستطيع بذاتها أن تشير إلى الحالة الداخلية لممارسها، اللهم إلا الحالات المفرطة في المغالاة والخارجة عن كل سياق، وأن ليست هناك طريقة لترجمة كيف «يسلك الشخص» إلى ما يشعر به. لذلك، قد، أوقد لا يتحرض المنحرف بالقوىٰ العصابية. إلا أن ممارسة السلوك المنحرف قد تكون كافية لتضخيم الميول العصابية التي كان يمكن أن تبقىٰ كامنة أو ملفلفة في طيات الحياة التقليدية. كثيراً ما تكون النتيجة في غالبية حالات الإنحراف تلك، حيث يقوم الضغط العصابي قبلياً خلف القرار، حالاً شديدة الضيق.

للشؤون الإنسانية، شأن القطعة النقدية، وجهها الآخر الذي يتمثل باحتمال أن يكون الفرد قد «اختار» إنحرافه كوسيلة لتخفيف الضغط العصابي بحيث يحقق الإنحراف عمل العلاج نفسه(1). يتضخم «الأثر» المذكور إذا ما انخرط المنحرف في فئة تعد الإنحراف فضيلة وتتماسك معاً بتعريض نفسها للاضطهاد. تشدد الفئة بفعلها المشار إليه، قبضتها العاطفية القوية في أتباعها، وتبعدهم عن سلطان العلاج الذي قد لا يعد في هذه المرحلة إلّا نوعاً آخر من سعي الفئة إلى ولاء المنحرف. إضافة لذلك، وعلى شاكلته، يهرب البعض من مشكلاتهم العاطفية اللافحة عبر انقلابات البدع الدينية.

تهرب الناشئة من عذاب الأسرة إلى النحل الدينية وتجعل منها أسرة داخلية جيدة تعزلها «نعامياً»(2) عن العالم الخارجي السيء، مما يقوي معتقداتهم بالنحلة ويخفف الضغط العصابي من دواخلهم.

---

(1) Freud, S. Splitting of the Ego in the Deffenssive Process. In Coll pap. Vol. v, 372 - 375, London, Hogarth, 1950.

(2) نسبة إلى سلوك النعامة وهي حيوان يطمر رأسه في الرمل لاتقاء العاصفة متوهماً أن أحداً لا يراه.

لا يجوز أن نستمر في إيضاح نقطتنا السابقة لأن ذلك يشكل شرحاً فجاً ومبتسراً للعلاج النفسي. ينزل المجتمع بسبب طبيعته ذاتها، قدراً كبيراً من الاغتراب والتذمر لدى أي منا، لأن فعل الممنوع يخلق اللذة، وإذ إن الفعل العصابي يحقق الرغبات اللاشعورية المكبوتة مما يثير الفرد ويغمره ويعمل على تسريب الفعل العصابي إلى السلوك المنحرف. لاحظ فرويد، أن الفساد نقيض العصاب الأمر الذي يعني أن الفاسد المدمن أو المجرم يحقق في سلوكه ما يعرضه أكثرنا في عصابه أو اغترابه أو حتى احتجاجه المبدع[1]. ولا حاجة للإشارة بأن أكثرنا يحسد الفاسد قدرته على فعل ما احجمنا عن فعله وبأننا مجرد أكياس محشوة «ببضاعة» لا تشكل أساساً «لاتهام» الآخر بالمرض وجرِّه إلى العلاج وإجباره على هجر أثمن شيء لديه.

إلا أنه ليس لنا، من طرف آخر، أن نمجِّد تدليل الفاسد لنفسه بالعيش خلافاً لنا جميعاً إذ يتجاهل التدليل المذكور معاناته الفعلية تجاهله للدمار الذي ينزله بنفسه وبالآخرين. كل ما يفعله الإتهام والحسد هو أن يضعا حدّاً مميزاً بين «السليم» و«المريض» في حين أن ما يجب فعله إنما هو تقديم العون لمن يعوزهم العون والعلاج الإجتماعي لمن يعانون الإغتراب.

ليس ثمة خط مميز بين حالة المرء العصابية وبين قيادة الحياة. وعلى كل منا أن يتفحص مجاله الشخصي ويقرر إنْ كانت استحواذيته[2] ونقص الحرية فيه عصابًا قابلًا للعلاج. لا يكون المِثْليُّ بذاته، تبعاً لذلك، بأكثر من الغيري، ولا الزاهد بأكثر من العربيد حاجة للعلاج. يستطيع كل منهم تفحص حياته لسبر ما لديه من استحواذية تهديمية ومن حيرة مشوشة وفعل ما يراه ناجعاً. ليس التعريف هنا فعلاً تافهاً، فالشجرة شجرة مهما كان اسمها، لكن ما هو إنساني يقوم بتسميته وما أنْ تحدد هويته التي قد تشمل نوعاً خاصاً من العلاج حتى يأخذ نموه شكلاً يتحدد بطريقة إدراكنا له.

(1) Dicks, H. V., The Predicament of the Family in the Modern World, Lancet, 1955, I: 295 - 297.

(2) Pious, W.L.: , Obsessive - Compulssive Symptoms in Iceipient Schizophrenia. Psychoanal. Quant. 1950, 19, 327 - 351.

لا يجب ترك الحديث عن الاضطرابات العاطفية دون ذكر للحالات المثيرة للاضطراب الشديد. إنني أشير هنا للنفاسات وللحالات الانتحارية وهي أمور تستدعي التدخل التلقائي العاجل وتعصىٰ على التقييم الذاتي. قد لا تكون الصفة الأخيرة صحيحة، على الرغم من غلبة الانفعال والهياج لدى أولئك المضطربين مما يحول بينهم وبين تأمل شروطهم بأي قدر من التوازن. تهدف الملاحظات التالية تبعاً لذلك إلى حبك نقاشنا وإكماله لا إلى تأشير طريقة للتقييم الذاتي.

٦ ـ الانتحار. يتشابه الانتحاري والذهاني بمعاناتهما إحساساً بالانغمار بالمشاعر الداخلية التي تدير ظهر المجن للاعتبارات الموضوعية[1]. يبدو الانتحاري «إنسحابياً» كما لو أنه يقوم ببعض الحسابات الخاصة بمنأىٰ عن الآخرين في المحيط. قد لا يكون الأمر كذلك بالضبط بل إن المحيط يملي تسجيلاته ويعطي قدراً مهماً من «الرصيد» في بعض الحالات لكنه يدفع إلى الإذعان.

يحس أولئك الذين يفكرون «بأخذ أرواحهم بالعجز واليأس مقرونة، حسب الظروف، بحقد جياش يعميهم عن رؤية أي حلّ إلا بالقضاء على الذات. ولا ننكر أن ثمة «مواقف موضوعية» تهزم قيم الفرد بحيث لا يجد مناصاً من إنهاء المهمة بيده. لا يتركز اهتمامنا الراهن بالحالات السابقة بل بمن يعجز عن اتخاذ مثل ذاك القرار. يعمد «البائس» إلى إقامة إنتحاره في طريق مزدوج، فمن الزاوية الشعورية يبحث عن نهاية لآلامه، أما من الزاوية اللاشعورية فإنه يعمل على تحقيق رغبة إيجابية تتمثل بقتل إنسان ما، أو بالإنصهار مع الآخر في نوم هو الموت أو بان يقتله شخص ما، أو بأن ينسى أو ينتقم لنفسه وغيرها من نظائرها. ليس الانتحار من الزاوية اللاشعورية «إنهاء للفرد» بل حالة مستقبلة يموت فيها الفرد وتخلد روحه وتراقب ما يحدث من علياء خلودها، فيتصور المنتحر نفسه في جنازته. وإذا ما أدرك المنتحر

(1) Hertz, M., Suicidal Configuration in Rorschach Records. Rorschach Res. Exch. 1948, 12, 3 -58.

الجزء الباقي من إنعكاس الذات داخله «تخيلات خلود»، سمح لنفسه بطلب العون، لأن أحداً لا يريد أن يكون آخر عمل له ضرباً من خداع الذات. فالانتحار الذي يقوم على الفشل التام للنرجسية وحب الذات تأكيد قوي فج لجنون العظمة فينا، ولن يكون أبداً، تمويهاً وخديعة لنا، أو تأكيداً للحرية التي يجدها فيه الوجوديون[١]. حقاً أن أخذ الحياة باليد يتضمن قدراً من الحرية الأخلاقية، لكن الأخيرة لن تكون هناك إنْ لم يتم فعل أخذ الحياة بحرية تامة، تتطابق مع الحرية الخلقية. إلا أن اللاشعور هو الذي يوجه المنتحر بقدر هائل من الاستعباد الداخلي[٢]. ثم إنّ حقوقنا، تشرى بالإلتزام المطلق باكتشاف مختلف الردف والنتائج قبل بدء الفعل، مما يحول دون التبرير الخلقي للانتحار ويقضي على الأساس الوحيد للقيم السيدة، وللمجتمع الإنساني، ولحيوات الآخرين التي يشاركها وللأساس الشمولي لمبدأ المجتمع نفسه. ليست بنا حاجة للإشارة إلى عجز المنتحر عن التمعن التجريدي بالنقط المطروحة، وعن الشعور نحو العالم وعن حبه، إلا أنه يستطيع أن يكون أساساً للجهود العملية للآخرين.

٧ ـ الذهانات. لن أناقش هنا مشكلات السببية والتصنيف، بل أود أن أؤكد أن التجربة الطفلية المضطربة التي عدّت من قبل مسؤولة عن الظاهرة العصابية، لا تكفي لتوفير الدليل بصدد الظاهرة الذهانية، وأن علينا إضافة عامل حيوي موروث جزئياً يتخذ شكله الثابت منذ بدء التجربة الرضيعية وإنضاج المحيط لجهازنا الحيوي[٣]. يخلق العامل المذكور «استعداداً» لصيغ لاحقة محددة من الاضطراب النفسي تتحقق بسبب العلاقات الأسرية المضطربة وتتضخم بضغوط الحياة. يؤشر هذا ضخامة الجهود الضرورية لتمييع المأساة الذهانية. لن نستطيع هنا طرح السؤال الكبير حول الموقف

---

(١) المرجع السابق

(2) Freud, S. Psychoanalytic Notes Upon, an Autobiographical Account of a Case of Paranoia. In Collected Papers, Vol. III, 381 - 470, London: Hogarth, 1946.

(3) Murphy, G. Personality, a Biosocial Approach to Origins and Structure, 331 - 478, N. Y., Harper, 1947.

الإجتماعي المنهار الذي يزيد تدهور المشكلة في الذهاني لأن كل ما نتمكن منه هو طرح التغيرات النفسية المعاناة.

ناقشنا من قبل المشكلات العصابية والطباعية التي تجمعها قوة ذات صفات تبدو متناقضة فهي متباينة ومتنوعة الصيغ وهي واحدة موحدة تلك هي الذات، مركز «أنا» أعاني التي لا تشعر عادة بما تفعل إلا أنها تستمر تفعله: فتحب وتكره، تنفعل بسهولة، تسيطر على الآخرين، وتمرق من سيطرتهم في حركة دائمة الحياة. تعاني الذات في العصاب اجتياحاً، لكنها تراقبه من نقطة آمنة، مما يصون الإحساس بالواقع؛ محرق حياتنا الذي يصعب وصفه. ونحن خير من يعرف، لذلك فإننا نخاف ونشعر بالقسر أو نتجرد من رصانتنا المنطقية ونعرف ذلك ثم نقع في شراك المأساة.

إلا أن محرق التجربة الذاتية في الجنون يتآكل وينهار ويتفكك فلا نعود نعرف. ليس للتآكل المذكور حد ثابت فنتعرض جميعاً لدرجات من تحلل الذات كما يحدث عندما نغط نائمين أو تميع ذواتنا في الحب، ونخلط ما يحدث لنا بدرجات متباينة بمحنة التجربة الذهانية. ليس الذهاني، إن كانت تعوذه بطاقة تعريف، سوى فرد يمر عبر أسوأ صيغ تآكل محرق التجربة الذاتية طوال وقته، ويعد مجنوناً إذا تجاوز حداً اعتباطياً للمرور عبر صيغ التآكل المذكورة. عند ذلك تختلط الوقائع بالتخيلات وتنقسم الذات عن الموضوع وتختلط ثم تتراكب من جديد ويفقد الجسد الذي يمثل جانباً من العالم الموضوعي معاني انتظامه المادي، ويُستنفذ الفكر في جوانب غريبة من العالم، وتتحطم وحدة الإدراك والإحساس، وتُتخطىٰ قوانين السببية التي تحكم العالم المادي، وتتناثر صورة الجسم مزعاً فيعانىٰ كوماً متباعدة متنافرة من أجزاء لا رابط بينها[1].

يتقوى، نتيجة للشك القائم هذه الأيام بالتكنوقراطية، الميل لإضفاء الرومانسية على الجنون، والعض على علاقاتها بالحالات الجمالية والتفكير الإبداعي ويُزيّن الجنون أمراً يُختار للهرب من الفراغية القاتلة

(١) أسعد، ميخائيل، علم الاضطرابات السلوكية بيروت: الأهلية، ١٩٧٧.

والـواقعية المثقلة بـالقيود. وقـد يضاف: «وإذ إن البنيـة الحقيقيـة للعـالم الإجتماعي إجتراء أحمق على ذات الصيغة التي تعترف بقيامها فإن ما يعد جنوناً بالاعتبارات التقليدية هو في الواقع سواء وصواب. وإن سلبيين يصنعان إيجابياً واحداً، أليس كذلك» يقولون؟ كلا، فذلك خطأ محض لأن السلبي في الجنون ليس النقيض السعيد للسوائية التقليدية ولا هـو الحالـة السحريـة للإعراج وإن كان يتاخمه بطريقة ما تحمل تطبيقات علاجية عديدة[1]. يشق الجنون، ولا شك، «مخرجاً» في كثير من الحالات إلا أنـه يبقى فوضـوياً مشحوناً بالحقد فيطلق كل الخوف والغضب التي يعمل التكيف المريح للحياة العادية على وقايتنا منها. ليس الذهان سوى جحيم يحيق بالإنسان، وليست «المخاطرة» الإنتحارية شيئاً إذا ما قورنت بالحالة الذهانية ولا يرقى الخوف الذي تثيره درجات الرعب المرافقة للأخيرة، لأن على صيغ القلق العصابي أو الواقعي أن تجابه خطراً نازلاً فعلاً بذات قائمة تحس أن شخصاً تحتاجه وتحبه يموت ويتركها في اشتياق وغضب أو أن شيئاً قيّماً سوف يجرح، أو أنها تدفع للإثم والمهانة وغيرها من شاكلتها. هناك دوماً «انا» يوجه إليها الأذىٰ و«أنا» ترد الأذى أو تهرب أو تعاركه وتدفعه عنها.

إلا أن الـ«أنـا» في الجنون تنهـار ممزقـة محطمـة وتنهـار معهـا كـل «الدفاعيات» التي كانت قد أقامتها بوجه المخاطر العصابية. وخلف كل هذا يقوم شعور بتفكك الكون وانهياره نتيجة إنهيار الذات وتحطمها مما يفجر رعباً تصعب تسميته ذلك لأن العالم يقوم عبر «عدسات» توفرها الذات. تكون بدائل العالم الضائع حشداً فوضوياً لقطع متناثرة من الذات في بحر من الحقد وذلك خلاف ما يتضمنه الإعراج من حب واسع وشمولي. ذاك هو جوهر الذهان الذي يجب عدّه عند التفكير بالجنون[2].

إن أحداً لا يعرف الموت، إلا أنه يثير الرعب الهائل فينا جميعاً. لكن

---

(١) المرجع السابق.

(2) Wexler, M., The Structural Problem in Schizophrenia: Therapeutic Implications. Int. J. Psychoanal., 1951, 32, 157 - 166. and the Structural Problem in Schizophrenia: The Role of Object. Bull. Menn. Clinic, 1951, 15, 221 - 234.

أليس هذا الرعب حقاً تمثيلاً لما نعرفه كامناً أي من الرغبة أن نجّن وننسى تجربتنا الخاصة، أي من أن نموت؟

مهما يكن الأمر فإن القلق المنفلت في الذهان شديد إلا أن تعبيراته الشاذة والأقل شدة من مثل الأوهام والإهلاسات والنوبات التخشبية والإعتداء على العالم والهرب منه تتنمق لتمييع القلق الذهاني. يلزم الذهاني أن يعيد بناء العالم. فالواقع أن الجنون طريقة وأن الأوهام، وإنْ عدّت سخيفة مفككة، توفر لمن يعانيها، «كوناً» من العلاقات. فهناك، في الأقل، شخص تستطيع أن تكرهه، ومكانٌ أي حيز زماني مكاني تصدر عنه الأصوات[1].

إلا أن للصورة جانبها القاتم إذ تنقطع لدى من انغمس في تلك الصيغة من التجربة روابط التواصل العادية مع الكون ويحكم على الذهابي الذي تشتد لوعته للحب وللشكوك بصدد آثار حبه وللحقد نحو أولئك الذين يحتاجهم، بالنفي في «جزيرة عقلية» حيث تنطلق بناه المزاجية عن الواقع دون معارض أو عائق. قد تساعد العزلة الاختبائية على إيضاح واقعة أنها أكثر صيغ الاضطراب مقاومة للتأثير، بالرغم من أن من يعانيها أقل الناس استقراراً وثباتاً[2].

يتضح، إنْ نحن توقفنا للتمعن في مدى الاضطراب وسيره، لماذا تجدي أية صيغة للعَلاج النفسي في مساعدة أحد الناس، ولماذا، لا تجدي صيغة بعينها في كل الناس. تتلخص الملامح المشتركة بين كل تعبيرات الظاهرة العصابية بالآتي (١) ضياع الحرية الداخلية، و(٢) غلبة العناصر المفزعة الحاقدة من التجربة. إلا أن تلك الحالات حصيلة عدد لا يحصى من الارتجاجات في قوىٰ التحريض ومن المعطيات النفسية والتآثير الاجتماعية.

(1) Eissler, K., Remarks on the Psychoanalysis of Schizophrenia. Int. J. Psychoanal., ,1951, 32, 139 - 156.

(2) Bech, S. J., Personality Structure in Schizophrenia, N. Y., Neuroses and Mental Disease Monograph, 1938. Bateson, G., et. al., Toward a Theory of Schizophrenia. Beh. Sci. 1956, 1, 251, 264.

لذلك فإننا، وتبعاً لتوازن معين في مقومات منظومتنا الذاتية، ننتهي إلى العزلة أو الاغتراب، إلى فشل علاقاتنا الإنسانية، إلى الحقد وسط الوفرة والعطاء، إلى الخوف المشخص أو التذمر المزمن، أو التشدد في النجاح أو الجنون العام، إلى الاستياء الغامض أو العذاب الكريه، أو إلى مركب جديد فريد للتعاسة.

لئن كان التوازن يضطرب بذاك العدد الواسع من السبل كانت بالإمكان إعادته بعدد مماثل من الطرق. ولئن كانت المشكلات الخلقية والإجتماعية تقوم في اضطراب عصابي، فإن على كل أفانين «التغيير» أن تقيّم بها. غير أنه يعوزنا أولاً أن نفهم تحولات التوازن أي إنْ كان الناس يتغيرون وكيف يتغيرون ؟؟

٥

المعالجة والعلاجات

تحدث الأفعال المختلفة التالية تغييراً في واحدة أو أخرى من الحالات العصابية[1]. يستطيع المرء:

١ ـ الارتحال وتجنب مثيرات القلق في مجاله.
٢ ـ الاستراحة وتقوية دفاعياته الداخلية.
٣ ـ العياط والبكاء والصراخ واطلاق البخار لتخفيف الضغط الداخلي.
٤ ـ الانغماس بالجنس إن كان ذلك يعيد له الثقة أو الابتعاد عن ذات الجنس إن كان يسيء إلى حاله أو تعلم أفانين جنسية كان قد تجنبها بسبب القلق إن كان الجنس الذي يمارسه يخلق التوتر ولا يرضي.
٥ ـ التنفس العميق والتدلك لإرخاء التوترات الجسمية.
٦ ـ معاشرة الناس والانتساب لناد إجتماعي إن لم يكن شديد القلق.
٧ ـ زيادة وتيرة العمل ونيل مكافآته إن كانت نرجسيته ضعيفة.
٨ ـ التعرض للفشل فالعقاب إن كان شديد الإثم.
٩ ـ الإنتماء إلى نحلة دينية معينة يختارها.
١٠ ـ تناول كأس من المسكرات أو الركون وتناول االعقاقير المهدئة.
١١ ـ مهاجمة الطبقة الحاكمة.
١٢ ـ الإنتماء للطبقة الحاكمة أو العمل لها.
١٣ ـ اللعب على حبلين وممارسة ازدواجية الموقف.

(1) Cooper, D., Psychiatry and Anti - Psychiatry. N. Y., Ballantine, Books, 1975.

١٤ ـ هجر الأسرة.
١٥ ـ تحسين وضعه في الأسرة.
١٦ ـ ارتكاب جرم ما.
١٧ ـ تبصر ذاته وممارسة بعض طقوس التوسط.
١٨ ـ معاناة تجربة الآخرين في الفئة ومحاولة تنفيذ النمط العصابي.
١٩ ـ زيارة عيادة نفسية وتبصر اللاشعور والسيطرة عليه.
٢٠ ـ مشاهدة برامج الرائي.

إذا استطاع أي من الأفانين السابقة «رفع» كفة العصاب بحيث تتحسن قدرة الفرد على مواجهة لا شعوريته التهديمية، وصف الفن بأنه علاجي. ثمة تغييران لتأشير حدوث الرجحان المذكور سواء بصورة منفردة أو مجتمعة، الأول ذاتي يتمثل بإحساس المرء بأنه أكثر هدوء في داخله والثاني موضوعي ويتم برصد الآخرين لانقلاب المرء أكثر مرونة في مجابهة الضغوط مثلاً.

لا مبرر للإلحاح على قياس التغيرات باستخدام بعض المعايير المطلقة ذلك بسبب قيام المعيار السليم في الطريقة التي «يقيم الفرد فيها ذاته»[1]. والطريقة الأفضل هي الطريقة التي يثمّنها الفرد، فقد لا يكون السلام الداخلي بالنسبة لأحمد سوى هدوء أقرب إلى الموت بالنسبة لمحمود مثلاً، وقد لا يكون ما يراه محمود مرونة سوى انتهازية برأي أحمد، وسيبقى المدرك مشبعاً بشهواتنا ونزواتنا وما نحب وما نكره، سواء تعلق الأمر بالوسيلة أم بالغاية. ليس هناك ما يمنع طمس العصاب بتغير بغيض في حياة العصابي. ولا تختلف بعض الأساليب العلاجية عن اقتلاع اشجار الغابة تجنباً للحرائق التي قد تضربها. تشمل القائمة السابقة، بسبل مختلفة، لأناس مختلفين، أفانين يمجها الذوق وثانية يستظرفها وثالثة يستحسنها ورابعة يستخفها لخضوعيتها، إلا أن لكل منها «أثراً» علاجياً في بعض الظروف، ولا تتوقف جدواها أو ترهيتها على صفة داخلية فيها أو على ما أعتقد بصددها بل على ملاءمتها لموقف عصابي معين.

(1) James, M. and Louis, S., A New Self. London, Wesely, 1980. Fabry, J. B., Persuit of Meaning, N. Y., Harper, 1980.

لا يُمارس العلاج في عزلة عن حياة الفرد بل أنه يُبرر في إطارها ويُنظم معها بحيث يلائمها تماماً. تكون العلاجات، والحال على ما ذكر، تنظيمات للأفانين العلاجية، وهي تجارب في «سمكرة» حيوات الناس، تمارسها طبقة من الناس، أي المعالجون الذين يكرسون أنفسهم لامتلاك مهارة «التنظيم» والذين يكسبون عيشهم بمبادلة وقتهم ومهارتهم وخبرتهم ببعض المكافآت وخاصة منها المالية. يقيم المعالج، تبعاً لذلك، علاقة مع الشخص المضطرب الإنفعال. تكون العلاقة المذكورة رفيعة التخصص شديدته تختلف كثيراً عن الإلفـه الشخصية أو الأسرية بسبب توسطية علاقة العمل[1]. لكل علاج عقيدة، ونظرة إلى العالم الإنساني، ونظرية بصدد العصاب والصحة النفسية، ومنظومة من الممارسات، وبرامج تدريب، ومعايير خاصة يجب أن يحققها أو يمتلكها من يطمح لأن يرقى إلى المهنة، ومراكز خاصة للتدريب وغيرها. فالعلاج مؤسسة اجتماعية ترتبط بالمجتمع الأوسع من طرف وبالأفراد الذين يوكل إليها أمر العناية بهم من طرف آخر. إنها بذلك تشبه الأسرة ذاتهـا، أو المدرسة، أو الحزب السياسي والدين. لقد برز العلاج وتصالب مع الأديان ودعمها في وظيفتها «المتمثلة» بتصور ما يؤلم الناس، وتطور مثلها من الصيغة الروحية إلى نظيرتها العلمانية مما يجعل دخول الفرد العلاج خوضاً لجدول التاريخ والقاء بقدره على أكتافه بطريقة أو بأخرى.

إن لدينا الكثير «من هذا» لنقول وإننا نتركه للفصل الأخير مكتفين الآن بدفع أنفسنا للإلمام ببعض مسائل العلاج الأساسية التي تمكننا من الشرح الذكي للنقاط المتباينة لمختلف المدارس العلاجية التي سنتناولها في الفصول اللاحقة.

سنتعلم من الشرح أن بين العلاجات فروقاً واضحة في افتراضـاتها الأساسية وفي أفانينها، وفي أهدافها. وسنحاول تأكيد القواسم المشتركة بين مختلف المدارس إنْ توفر المشترك وكان أصيلاً.

(1) Benman, L., Countertransference and Attitudes of the Analyst in the Therapeutic Process, Psychiatry, 1949, 12, 159 - 166.

يعمل التشوش القائم والمفرط دلالياً كان أم لا، على جعل مهمتنا في غاية التعقيد. الواقع أن لدينا وابلاً من العلاجات، فالفئات والحركات والمدارس تنبت كالبذور، خلف راية أحد البارين البارزين غالباً، وتطلق في سعيها إلى «قرش» المريض أو إلى الحقيقة، حمماً من الأسماء مثل «التحليل، والتركيب والذات الحقيقية، والإحتكاك العاطفي». لا يصدق هذا بالطبع على كل المناهج العلاجية، التي يتميز بعضها بأنه متواضع، ناجع التصويب إلى البؤرة المحرقية، ويتميز بعضها الآخر بأنه شكاك وعلمي. تبدو الصورة الكلية للمبتدىء كفئة من عشاريي[1] المدرسة الثانوية تدرج صاخبة في ساحة العرض فلا يعرف ما يعزفه الواحد منهم إنْ كان يفعل ذلك أصلاً. أهذا ما يريده المريض؟

ليس الإدعاء المذكور سوى الحماقة التي يسقطها علينا تطلبنا وإلحاحنا بأن نكون نحن أو ذاك الذي نثق به كاملين. وما ذلك سوى صيغة أخرى لنزعتنا السرمدية ونحو الله، نزعة يجب ألا نتوقع غيابها عنا قط. ويجب ألا نتوقف عن انتقادها، خاصة وإننا قادرون على ذلك. فهناك أغراض أكثر أهمية يجب أن توجِّه لوعاتنا النرجسية نحوها، وهناك الكثير من الأخطاء في الموقف العلاجي يجب تجنبها بإبقائها في متناول سيطرتنا.

لسوف يبين تحليلنا لنمط العصاب الذي يصيبنا أن الشفاء ليس إشكالية قط. لأن الوظيفة العصابية تتضمن عدداً من منظومات الارتجاج، بين القوى داخل الفرد وبين الفرد والعالم من حوله مما يمكن اللاشعور من الإمساك بزمام الأمور وتهديمها. ولا شيء غريب هنا، لا شيء يقوم في عزلة لا شيء ليزال كشظية أو كرصاصة واغلة على جسم غريب. وليست هنا، بالإضافة لذلك، معايير حقيقية للصحة يمكن للمعالج استخدامها صنيع مقارنة الطبيب لساق مكسورة بأخرىٰ سليمة، لأن الجسم يعيش داخل

---

(1) Teenagers. (المراهقون)

(2) Freud, S. Repression, In Collected Papers, Vol. IV 84-97, and Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia Homosexuality. In Collected Papers, Vol. III, 232-243, London, Hogarth, 1946.

الطبيعة التي لها توازناتها الخاصة خلافاً للذات فإنها تعيش بين الطبيعة من طرف وبين المجتمع والتاريخ من طرف ثان وهما محوران ليسا على علاقة طيبة فيما بينهما. لا يمكن، تبعاً لذلك، ادراك صحة الفرد بمعزل عن نظيرتها للكل الاجتماعي المغروس فيه. ولأسباب سوف نشرحها في نهاية هذا العمل، أقول ليس هناك علاج يعمل بأكثر من دفع خطاه بتملق واستحياء في المسار المذكور.

قد لا يستطيع العلاج أن يشفي، إلا أنه يساعد. ونحن وإنْ كنّا نطمح إلى الكمال المطلق إلا أننا يجب أن نقتنع بتحسينات عملية دون أن ننسى هدفنا المطلق. ثم إن هناك سبلاً لا تحصى «لتحويل» التوازنات، يماثل عددها نظيره للارتجاجات.

يمكن عدّ الكثير من الاضطرابات العاطفية اعراضية تنغسل بمجرد تغيير العامل المولد للارتجاج. معروف أن السُكْر البسيط مثلاً، يتصاحب بتفكك عاطفي واضح يزول جميعه بمجرد أن ينظف الجسم نفسه من المادة المهاجمة. وإن الأمر كذلك في بعض المواقف الإجتماعية. تتأجج في الفرد رغبة جامحة للهرب من المنزل وفجأة يجد ذات الفرد نفسه مدفوعاً للعودة إلى البيت بمنتهى العفوية والتلقائية.

كان يمكن لمثل تلك الحالة أن تتحول عصاباً لو أن بالفرد استعداداً لتوجيه الاضطراب نحو الداخل بحيث يطلق «السبب» القائم سلسلة كاملة من الارتجاجات ذات الطبيعة العصابية. إلاّ أننا نرى أمثلة، حتى داخل المواقف العصابية المحددة حيث يغير تدخل بسيط نسبياً حالة التوازن ويقود إلى تغير سلوكي ملحوظ. يجر حادث بسيط في الأسرة من مثل مشاركة الطفل لوالديه سريرهما قلقاً تهديمياً شديداً، ويلغىٰ القلق بمجرد ترتيب اجراءات نوم معاكسة. حقاً إن خلف تلك الترتيبات أسباب «أعمق»، إلا أن العامل الحاسم إنما هو التفكك المفرط الذي خلقه القلق. يمكن للمرء، بإقامة علاقات نوم مختلفة ترك الأمور بحالها.

ادرس حالاً مشابهة لزوجين يتمثل تنافرهما الجنسي في: (١) إثارة

مشكلات أعمق بسبب تشديد الإحباط، أو (٢) في تأصله في أنماطها التجنبية مما يمنع أي شيء من أن يتعلم بصورة ملائمة، أو (٣) في استعداده، للانفلات عبر تجربة تعلم مباشر بأفانين ملائمة. هنا، أيضاً قد تتراجع كل المشكلات الأعمق إذا ما انطلقت المشكلة الراهنة بصورة مباشرة.

أخيراً، كلنا رأى أناساً بدوا بعد الزواج عصابيين محطمين سعدوا بالرجوع إليه بعد الطلاق، أو أولئك الذين حملت لهم عزلتهم أسوأ ما في الكون ولم يبنوا سعادتهم إلا بعد الزواج وصحبة الشريك.

إلا أن من الصعب استخدام كلمة «شفاء» لحالات من هذا القبيل. كل ما قيل أن الناس «معقدون» وإن هناك الكثير من السبل لمقاربة توازناتهم، وإن على العقائد العلاجية إقامة نظرية في العلاج وإعادة تعريف الموقف العصابي والموقف الإنساني بطريقة بسيطة. وعليه أن «يشيطن» الوالدين السيئين بأن يجد فيهما أباليس تعقد عليها مسؤولية الارتجاج، أو أن يجد شيئاً انكمش مختبئاً كقيح انفعالي في دملة يمزقها بفنه، وأن يتجاهل الواقع الاجتماعي الذي ينزل فينا المعاناة الحقيقية والعصابية من كل صوب. عليه أخيراً أن يقيم ديناً صغيراً في ملاءة العلاج، وسيجد لا محالة، زبائن يعمل على تحسين مشاعرهم، ذلك لأن وهم الكمال النرجسي والوعد بالإتحاد من جديد تغلو جميع الأهداف الحقيقية التي لن نبلغها إلا بالعمل الدؤوب[1]. لا يفيد عمل المعالج المشار إليه في شفاء العصاب، بل في إقامة الأوهام ومهما ادعت طريقته العلاّجية، فإنها تقع في صنف خاص من الظواهر العلاجية التي تحاول ختم اغتراب الذات العصابي بالوهم النرجسي.

تلائم عبارة «الظاهرة» العلاجات ملاءمتها للعصابات. فلدينا، في كل حالة، نظام من القوى، متوازن بصيغة ما في وقت بعينه. يتحدر النظام المذكور من الماضي، ويواجه تأثير آنية، سواء من الطبيعة أو المجتمع أو الجسم أو الناس، فيتغير وينطلق للإمام صوب اللحظة اللاحقة ويغدو ماضياً بالنسبة لها. تشد ضغوط اللاشعور العميقة فينا انتباهنا خلال تأثيرها في

(1) Glasser, W., Reality Therapy, N. Y., Harper, 1975.

الظاهرة. أما في العلاج فيفكر بنوع من التدخل الموجه من الخارج يؤثر في كشف حالة التوازن العصابي وتعريتها[1]. لأنه إن كان للعلاج أن «يعمل» أي شيء، فعليه أن يدفع العصابي لمعاناة الضغط داخل حياته، وأن يريه الأشياء مضطربة مشوشة، وأن يساعده في إقامة مشاعر جديدة أو يدفعه لرؤية الأشياء في ضوء جديد، أو للشك في المسلمات التي اعتمدها طوال حياته وعانىٰ بسببها. لذلك، فإن العلاج الجيد ليس إضافة ناعمة ثابتة، بل صراعاً مع عدد عتيد غير منظور، نضال يفيد في اكساب المريض مهارات جديدة تساعده في حياته المتغيرة.

ليس العلاج «شفاء» لمرض بل نمواً أو، وهو الأدق، تربية للفرد[2]. يهتم العلاج، خلافاً للتربية كما تدرك في العادة، بالحاجات العاطفية والذاتية ويفترض قيام ارتجاج يتطلب تصحيحاً، وهو بهذا يميل للتخلص من نماذج السلوك المستهجن، أكثر من ميله لإضافة المهارات الجديدة مما يجعل جانبه الأكبر أقرب الى النضال منه إلى العمل الهادىء. تهدف بعض المدارس العلاجية .إلى تعليم الفرد مهارات سلوكية جديدة خلافاً لغالبيتها التي تعمل وفق منظومة من التعليمات وقواعد جديدة للسلوك توجهها منظومة تكبر أو تصغر من القيم الخلقية، وذلك كما يحدث في التربية تماماً. صحيح أن بعض المدارس العلاجية تجعل استخدام العقاقير طريقتها الأولية، إلا أن من الحماقة تجاهل الشبكة الاجتماعية التي تمارس بها العقاقير. لأن العقاقير لا تعمل بتوجيه نواها إلى نهايات الأعصاب بصورة بسيطة، بل على مجمل الفرد المفكر الشاعر والمحدد اجتماعياً. نستطيع القول، دون انزال الضيق بالمقارنة، إن عقدة العلاج شأن التربية، إفادة كل من يحتاجه. تملأ التربية الثغرات التي يخلفها الإهمال، أما العلاج فيتوجه إلى الشخص الممسك بفكي الصراع، لكن، لأي منهما إذا ما طبق بصورة صحيحة احتمال مشروع للمساعدة، ولأي منهما حدوده التي يقعد بعدها مثقلاً بالمشكلات. بمقدور العلاج إذا ما أجيدت ممارسته أن ينفع في السبل التالية:

---

(1) Greenwld, J., Be the Person You Were Meant to Be, No Y., Dell, 1982.
(2) May, R., The Discovery of Being, N. Y., norton, 1983.

١ ـ توفير إطار عاطفي أثناء الأزمات الانفعالية. يستطيع المعالج بسبب شدة العلاقات العلاجية وتجرديتها أن يمكن شخصاً من إفلات مشاعره المحتبسة في مجريات الحياة[1] اليومية دون أن يخشى انتقام من حوله، الأمر الذي يترك فيه تأثير توازنية. فإن أقل ما يطلب من العلاج أن يوفر للفرد المضطرب شخصاً يعيره انتباهاً ويتقبله دون أن تحمل إجاباته ما تحمله نظيراتها في المقربين منه. إن هذا هو الأساس الذي تقوم عليه كل المدارس العلاجية، وهو لا ينفي أن يكون لكل مدرسة خصوصيتها وأفانينها وأغراضها وأهدافها البعيدة إنطلاقاً منه ذاته.

٢ ـ يستطيع العلاج، وفق نفس الظاهرة أن يوفر لكل فرد قدراً من الفهم والإيضاح لموقعه أو لحاله. سبق أن بيّنا أن الإحساس بالتشوش هو أهم خاصة في الموقف العصابي، وإننا نؤكد الآن أن بإمكان التوجيه الماهر تخفيفه إلى حد ما. وفي الحقيقة فإن الاستشارة النفسية غالباً ما تختم بالنصيحة «أن لم تعد حاجة إلى العلاج»[2].

٣ ـ تستطيع العلاجات أن تضطلع، إلى حد ما، بإزالة الارتجاج العصابي ومساعدة المريض على احتمال أعباء الاضطراب حتى عندما يستحيل تقفي أثره كما هو الحال عندما يقعد الفرد أو يعمىٰ تماماً. فعند هذا الحد تميع الفروق بين العلاج والعمل الاجتماعي أو التأهيل، وتمارس كل منظومة أفانينها وعينها مفتوحة على التفاعل بين العوامل العاطفية والمحيط. تكون بعض المشكلات في مرحلة نمائية معينة حرجة تماماً بالنسبة لكل فرد سوياً كان أم مريضاً. وعلى العلاج أن يتناول تلك المشكلة بالحل بطريقة تصاعدية عبر المراحل النمائية بإعادة التوازن الكلي للفرد. يمكن، وفق هذا المبدأ، مساعدة ناشيء متخلف الذهن ضعيف السيطرة على نفسه بتعليمه مهارات تتلاءم وقدراته وتفيده وتزيد اعتباره لنفسه وتتصدىٰ للتفكك الانفعالي، كما يمكن لتوفير الفرصة لفتىٰ تحكمه النزوات لممارسة فعالية تستقطبه أن تساعده على

(1) Glasser, W. Reality Therapy', n. y.: Harper, 1975.

(٢) المرجع السابق .

تماهي الراشد الممثل للوالدين وأن تضفي الاستقرار على سلوكه. وتقوم أفضل السبل لمساعدة العديدين ممن يعانون الذهان المزمن في «تطعيم» الوسط الإجتماعي المبنّ على وضع مهني تتوفر فيه شروط الوقاية الصارمة والتوجه الحميم. يمكن أخيراً مساعدة عجوز تلفه كآبة مزمنة بسبب فقدانه المتكرر لأشياء وأشخاص عزيزة عليه، بتعديل واقعه في إطار عمل نافع وارتباطات جديدة[١].

ليست الأمور بالبساطة السابقة، إلا أن ثمة مجالاً «للمساعدة» على تغيير الموقف الخارجي بما يسمى بالاستشارة النفسية. يوفر المستشار النفسي الجيد دعماً عاطفياً وتبريراً عقلياً وبعض الاهتمام للمشكلات المحيطية المشخصة.

يغدو العلاج، إذ يحاول تخطي حدود الاستشارة النفسية في الاجتياحات التي يطلقها اللاشعور، أكثر طموحاً، وإثارة للمشكلات، وميلاً لأن يعيق أو يؤذي[٢]. إلا أنه، وبصرف النظر عن مدى التخطي المذكور يُبقي بعض جذوره في الاستشارة. وغالباً ما يؤكد تحقيق المعالجة بتحسن سريع تعقبه فترة من التشوش والاجترار. ما يحدث هو أن المرحلة الأولى تشكل أو تكون نوعاً من الاستشارة يطلق المريض فيها العنان لمشاعره، ويتمتع بإحساس بالدعم، ويقيم بعض الاستنتاجات التي تعمل على إيضاح الأمور أو على أساس إيضاحها، مما يعطي نتائج طيبة. فيبدو كل شيء على ما يرام لفترة من الزمن، ثم يصاب الزخم المبدئي بالانهاك، وتقوم القوى القابعة في الأعماق بهجوم مضاد يبقي العصاب قائماً. فيستطيع العلاج إذا ما أوقف بعد أسابيع أو أشهر محدودة، أن يدّعي التوصل إلى نتائج طيبة. إلا أن الإدعاء المذكور يقوم على حساب «المعرفة الأعمق» واهمال «كلية» المشكلة. وليست الأخيرة أهداف رفاهية، بل أساسية تخلق من المشاكل ما يتخطى حجمها قدرة الفرد على إدراكها ومعالجتها إلا أنها توفر للمريض مهارات خاصة تساعده على تحقيق حاجات بذات الخصوصية[٣].

(١) المرجع السابق.
(2) Cohen, S. and Taylor, L. Psychological Survival, N. Y., Penguin, 1972.
(3) Eysenck, H. J. and Rachman, S. The Causes and cures of Neurosis, Routledge, 1965.

٦

العلاقة العلاجية والتحول

تعد العلاقة بالمعالج جوهرية في كل من العلاج والاستشارة [١] . تصور الحال التي تنقلب إليها المعالجة إذا ما نقلت تفسيرات السلوك للمريض بورقة مطبوعة بدلاً من أن ينقلها المعالج بالحوار الإنساني . يقال أن شيئاً من هذا القبيل قد حصل في بريطانيا وأن المبحوثين المرضى أحبوه . يعجز أغلبنا الآن أن يتصور تغيير « التوازن العصابي » بدون التأثير الإنساني . حاول أن تفكر بذاتك كفرد منفصل ، أي كواقع إنساني مختلف عما أنت فيه فعلاً . يقوم الفرد كنقطة مركزية في خضم من العلاقات الإنسانية التي تمتد في عدد من الأبعاد دفعة واحدة ، وأحياناً للوراء ، لمتابعة العمل الذي لم ينه من العلاقات السابقة ، وأحياناً للخارج وفي المجتمع بحيث يشد الاحتكاك الإنساني مجمل النظام الإجتماعي . يدور الجانب الأكبر مما يجري في الفرد عند دخوله العلاج حول العلاقات الإنسانية التي يصوغها . يعكس « هذا الذي يدور » شيئاً من المجتمع الذي ينتمي الفرد إليه الآن وشيئاً من الأسرة التي انحدر منها ويتلون بالتأثير العصابية التي تتطلب التدخل العلاجي أو العون النفسي .

إن العصاب ، كما أسلفت ، اغتراب للذات يدرك كارتجاج فيهـا . لكن ، وإذ أن الذات تعيش مع الذوات الأخرى في المجتمع ، يمكن إقامة نوع من التوازن بالارتباط بالآخرين ، مما يبدل الاغتراب إلفة مع الجماعة .

(1) Sanders, R., and Cleveland, S. E. The Relationship between Examiner Personality Variables and Subjects Rorchach Scores. J. Proj. Tech., 1953, 17, 34 - 50.

يتم ذلك بواسطة المعالج وبمعرفة أن الآخرين يتعرضون لنفس التجربة . تشمل الإلفة المؤسسة العلاجية وعقيدتها وطريقتها في الحياة . ويتميز العلاج الحق عن الأفعال العلاجية « المنعزلة المشار إليها في بداية هذا الفصل بالقوى الشخصية المنتظمة التي يمكن للفرد أن ينخرط فيها . وأيّاً كان الفرد الذي يتعرض للعلاج فإن عليه أن يقر أنه يعاني شداً قوياً للالفة مع الجماعة وأن نوع المشاعر التي يجد نفسه مدفوعاً لاقامتها مع المعالج وعقيدته العلاجية تلعب دوراً هاماً فيما يحصل له[1].

وإذ أن بالعصاب الكثير من الاغتراب والحنين المغبون ، فإن بمقدور العلاج إزالة الكثير من المعاناة العصابية فوراً ، وذلك بتوفير بعض وسائل الارواء . لذا ، فإن من الضروري توفير ما يروي الرغبة ويسمح بالارواء ويؤكد بألا بأس فيه ، إذ ما كان يمكن للرغبة أن تدخل العصاب لو لم يعان الفرد تهديميتها وتحريمها . الغالب أن يحقق المعالج هاتين الوظيفتين فيجعل من نفسه موضوعاً يحبه المريض مما يجهزه للإقلاع في بداية طيبة في عمله ويستطيع أيضاً ، ووفق نفس المبدأ أن ينصب من نفسه سلطة خلقية آمرة تميز الخطأ من الصواب ، وتسيطر على القوة الانتهازية التي أغـرقت البعض في الصراع العصابي مما يحرر ضغوطهم من الداخل . يساعد علاج من هذا القبيل على إعادة الفة الفرد في المجتمع الأوسع لكون الأخير يمسك زمام القوة التي تمتلك الرصيد المصرفي الذي يعطي العملة الخلقية الورقية المتداولة قوتها .

هناك نقطة أشمل . يعمل العلاج على خلق كل جديد يتمثل بإقامة النظام في حال اضطرابه ، وعلى تلك الكل « ات » ألا تخضـع لأي نمط طبيعي والا تدان ، بل أن تكون أكثر تلاحماً من حال العصاب . لاحظ ليفي ستراوس[2] بصدد المعالجين البدائيين أنه لا يعوز الشفاء لكي ينجح أن يعمل بصورة موضوعية مع حقيقة موقع المريض بل أن عليه العثور على قطعة

(1) Fromm - Reichman, F., Principles of Intensive Psychotherapy, Chicago Univ. Press, 1950.

(2) Levi - Straus, C., The Sorcerer and His Magic, 1972. In Jacobson, C., Structural Anthropology (Trans) Penguin, 1972, 167 - 186.

مفقودة من أسطورة يعمل تقبلها على ربط المعاني بمجتمع المريض . تكون تلك الأسطورة لغة أو مؤشراً رمزيا يعيد ترجمة حياة الفرد في حياة الكل . إلا أنه تعوز مجتمعنا الخاص المتطور إلى درجة التجزئة لغة فريدة مما يجعله متخماً بمدارس علاجية يرجع الاختيار فيها إلى القيمة رجوعه إلى الانتقاء المنطقي .

يذهلنا أن نجد الخيط الموحد في طفولة الكائن حيث تكون الانفعالية أبسط وأقوى . تستطيع لغة المعالج ، إذن ، أن تأخذ الكثير من تلك البداية . يلخص مفهوم التحول الأثر الذي تلقيه الطفولة على العلاقة العلاجية .

لوحظ ، منذ أبكر مغامرات القرن الثامن عشر في العلاج النفسي أن نوعية العلاقة بين المعالج والمريض وبخاصة منها الثقة والانسجام تلعب دوراً أساسياً في حصيلته [1] . إلا أن التحول بقي مفهوماً عاماً إلى أنْ أعاره فرويد من الانتباه ما خصصه . لاحظ فرويد أن مرضاه يعاملونه كوالدهم فعد ذلك في البدء رفضاً منهم للعلاج ومقاومة للتغير بسبب عدائية اتجاههم منه وسخافتها ، إذ سرعان ما كانت مشاعر الحب التي يفترض أن تسهل العمل تعمل على إعاقة التغير منكرة كلًا من العصاب والرغبة في حب المعالج .

أخيراً توصل فرويد إلى نظرة أكثر توازناً فرأى في التحول ، إضافة للمقاومة ، تحقيقاً حياً للعصاب ودعا إلى تشجيعه بغية إمساك الوحش الحقيقي أي العصاب وذلك بمداورته بعناية تماثل العناية بحله وذلك بالامتناع عن إشباع رغبات التحول مباشرة ومحاولة حلها بالتفسير واخبار الحقيقة حول معنى ما كان يحوّل . تنمو بهـذه الطريقة فيما يرى فرويد ، مشاعر التحول تدريجياً إلى طبعة جديدة لكتاب عصاب الطفولة ، تكون واقعية ومنكرة ومعزولة عن مجمل الذات وقيمها .

---

(1) Ellenberger, H., The Discovery of the Unconscious, Allen Lane, 1970. Freud, S., Psychomatic Notes Upon on Autobiographical Account of a Case of Paranoia. In Collected Papers, Vol. 11, 387 - 470, 1946. Negation, In coll. Pap. Vol. V, 181 - 185. Certain Neurotic Mechanisms in Jelousy, Paranoica, Homosexuality, Vol. II, 232 - 243, Repression, Vol. IV, 84 - 97 Hogarth, 1946.

يمكن تعريف العلاج النفسي بالإشارة إلى تقدمه المنهجي مع التحول . لا تهمنا هنا تفاصيل حدوثه بل يعوزنا أن نتفهم الأهمية العامة للتحول وتأثيره الخاص في قيم المريض وتساوقيته الذاتية وحقه أن يعقدها تلقائياً على وجه التخصيص .

إن ذلك في غاية الضخامة . تذكر أن العصاب يتضمن « تطلع » الرغبات الطفلية للإشباع . تكون تلك الرغبات موجهة صوب الوالدين وتعمل أقوى ما تعمل بعيداً عن الشعور ، فلا تكون في موقع « يجر » الى إشباعها ما لم تولد من جديد الخصائص الأساسية للعلاقة الطفلية . يستطيع المعالج هنا أن يوفر نمطاً جاهزاً لرباط الطفل بالوالد . وإذ أن لتلك العلاقة خاصية ثابتة تقوم في ضعف التساوقية الذاتية للطفل ضعفاً يتبدى في الرشد تقبلاً منفعلاً لقيم الوالدين ، يكون السبيل معداً سلفاً لفقدان الحرية في العلاقة العلاجية .

تكون السلطة « الطفلية » التي يمثلها المعالج جذراً للسلطة التي يشعها وذلك لتمثيله المجتمع للمريض ولحقيقة تقوية الرغبة الطفلية للمجتمع نفسه [1] . يكون التحول ، إذن ، رباطاً عميقاً بين المعالج والمجتمع وهذا أمر يجب أن نبقيه في أذهاننا عندما نعاين الرباط بين الشقاء والخضوعية .

تتحرض رغبات التحول تلقائياً رعاها المعالج أم لم يرعها ، لكن صيغتها تتوقف على ما يفعله المعالج الذي له ، إلى جانب التزامه برغبات التحول ، عدد كبير من الاحتمالات ، فيستطيع : (١) استخدام السلطة الوالدية التي أعطيت له كمحرض مرن للتغير دون أن يعمد إلى اكتشافها . (٢) كشف التحول لتأكيد جوانبه الأقل متناولية والأقل التفافاً ، (٣) واستغلال أعماق التحول بنصب نفسه الهاً يمارس سيطرة مزعجة على حياة المريض . هناك درجة مذهلة من التحسس لهذا النوع من التدبير فإن فينا جميعاً شيئاً من الرضيع ونحمل شبقنا «للتعظيم» إلى غرفة المعالج . وهذا ما سوف يهمنا كثيراً فيما بعد ، أما الآن فنكتفي بأن نعترف بأن تلك هي طبيعة العلاج ، صنعت على طبيعة العصاب بحيث يشكل التحول صلبها .

(1) Freuds. S.: Analysis Terminable and unterminable. In Collected papers, Vol. V, 316-375.

٧

اشكالات وأمثلة

يعج العلاج النفسي « بعوامل » تتشابك بكياسة ونعومة الواحد مع الآخر . لذلك كان عليه طرح شيء ما أو إهماله كلما غامر متخطياً المسرح لتوفير الاستشارة والدعم العاطفي بغية إرساء بعض المكاسب . لا مجال للتساؤل عن نوع العون وحدوده إذا كان الفرد ممزقاً مشوشاً ، لكن ماذا إن لم يكن كذلك بل « يرغب » في التشوش كسبيل لتجنب واقع مؤلم أو يعمل على خلق الكوارث وضروب العقاب وسيلة لابعاد توقعات لا شعورية مؤلمة ؟

تصور حالاً تصدق على جميع العصابات الرئيسية . يمسك المرء في صراع بين قوى ترجع إلى الذات ويأبى أي منها الاستسلام [١] . يجب في مثل ذلك الوضع على أي توازن جديد أن يتضمن كل مقومات القديم بعد تقليم أظافرها . يقول الناس أنهم يريدون أن يتغيروا وقد يعنون ما يقولون ويعملون باتجاهه لكن يجب لهذا ألا يعتبر إلا في إثارة الفكر للقرار . قد يُعنى بالتغير النسيان أو المعرفة بالذات أو ايجاد علاقات جديدة أو إعتاق مشاعر محبوسة أو العمل لخلق نظام اجتماعي جديد ، لكنه لا يعني ذاتاً جديدة لأن تغيراً من هذا الحجم لا يصنع إلا باجراءات متطرفة من مثل غسل الدماغ أو توجيه السلوك ، ولا يتحقق هذا الذي نسميه تغيراً علاجياً إلا مصحوباً بالقلق والضياع المرتبطين بأسوأ صيغ التسلطية . لذلك كانت العلاجات التي تعد بالتحول الكلي للذات سخيفة وغير كفؤة وتقع في صنف تلك التي تعد

(1) Cohen, S. and Taylor, R.: Psychological Survival. Penguin, 1972.

بالشفاء ولا يخرج ما توفره عن أن يكون صيغة ملمعة لعلاقة طفلية تسمى بالشفاء التحولي .

مهما يكن الأمر ، فإن بمقدور المرء إذا ما صمم على إيجاد ذات جديدة أن يفعل ذلك سواء بالعلاج أو بدونه لأن التغير يحدث لدى اكثر الناس بصورة أكثر تدريجية وأكثر تفاعلية عبر بعض التمارين التي تعمل على احياء الورطة الأساسية مما يظهر مستويات جديدة تسلم نفسها للمجابهة العلاجية . وبالرغم من رغبة المرء في اكتشاف حياة جديدة في غرفة المعالج فإن الذي يحدث فعلاً هو أن « عبارات الماضي » تسقط بصيغة جديدة بحيث يستطيع المرء مصارعتها وذلك بقدرة المعالج على استدعاء أي تناقض دخل في تكوين العصاب . فالناس الذين يكرهون السلطة ويتسترون على موقفهم في حياتهم العادية يفعلون الشيء ذاته في غرفة المعالج [١] . ويعمل اولئك الذين يظلمون أنفسهم لينزلوا الإحباط بالآخرين على تدمير علاجهم بغية الاساءة إلى المعالج . ويجد الذين يحسون حاجة أستحواذية للسيطرة على العلاقات خارجهم أنفسهم يناضلون مع ذات المشكلة داخل العلاج . لا تدعونا تلك الاجتياحات إلى صرف النظر عن العلاج بل تبقىٰ شرطه الضروري فتعمل كل العلاجات وفق هذا النمط ولا تختلف إلا في الاتجاه الذي تأخذه التناقضات وبمدى التغير المقتفى واذ أنها تحاول إحداث التغيير فإن عليها دوماً أن ترجح جانباً على الآخر تاركة وراءها بعضاً أو نوعاً من فراغ .

تشبه العلاجات بهذا المعنى موظفاً جمركياً كيّساً يفتش العابرين من جانب واحد من الحدود تاركاً قدراً كافياً من البضاعة تهرب من عينه . أية بضاعة هي تلك ؟ كم هو كيّساً ؟ أي تبادل ؟ تلك هي الأسئلة التي ينعطف العلاج نحوها . دعنا الآن ندرس بعض الأمثلة .

شكت امرأة شابة مشاعر اكتئاب شديد مزمن تستحوذها للبحث عن مواقف خطرة تشجع الرجال على اغتصابها [٢] . لا يطول امتعاضها

(1) Bene, E., Games People Play, Penguin, 1978.
(2) Kovel, J., A. Complete Guide to Therapy, Pelican, Books, 85-93, 1980.

اللاحق ، بل سرعان ما تغمرها استحواذيتهـا الرديئـة فتدفعهـا إلى ذات المطب . استمر علاج المرأة بذات الوتيرة عدداً من الأسابيع إلى أن تذكر المعالج أنها سبق وأخبرته أنها ولدت بتشوه خطير أدى إلى غرس أنبوب في حلقها مما حال دون تناولها للطعام دون تسربه إلى جهازها التنفسي ، وأنه أجريت لها عدد من العمليات الجراحية لإصلاح النقص ، وأنه كان يمكن لذلك أن يودي بحياتها مما جر إلى تعطيل فمها بإدخال الطعام إلى المعدة مباشرة ، وأنها تعرضت ، بالإضافة إلى تكرار عزلها عن أهلها ، لعدد من المصائب العاطفية الأسرية التي أبقت ميسم ندبتها الجراحية . أنكرت المرأة دلالات ذلك كله وأبعدته عن شعورها . لكن ما إن تـأكد المعـالج من الارتباط حتى واصلها به بضرب من التفسير فحواه « إن تجاربك الجنسية الاستحـواذية التعيسة استمرار لنضـالات قديمـة ومحاولات للسيـطرة عـلى إحساسك الطفلي بالحرمان والجرح عبر اكتساب اللذة والاعتبار من كونك مرغوبة من الرجال ومن وقوعهم في شراكك لاغتصابك ممـا يشعرك أنهم يرغبونك . وعلى تلك المحاولات أن تفشل باستمرار لتعيد الصدمة الجراحية القديمة في زي الغائها».

تلاشت بعد هذا التفسير الاستحواذية الجنسية لدى الشابة فتوقفت عن سوق نفسها للمخاطر . لا ريب في أنه حادث علاجي حق ، وفي أن تقديم المعرفة كان العامل الحاسم في إحداث التغيير المنشود . لقد كان شيئاً رافقها طوال حياتها وكانت تفعله بعماء فأصبح حقيقياً . تلك هي وظيفة التفسير إقامة عبارة تجاربية توضح نمطاً سلوكياً كان حتى تلك اللحظة خارج الشعور ، إنه الأداة المتخصصة في كل العلاجات التحليلية . والوسيلة الأساسية لتوسيع الوعي بطريقة فعالة . أصبح بمقدور المرأة بفضل التفسير الدقيق أن تتمعن « ذات الشروط » بعد أن كانت تنطلق وتمارس بعماء فاستطاعت المرأة ، بلجم الجزء الشرِخ من حياتها استخدام حكم أكثر نضجاً . كان يمكن من طرف آخر لطريقتها الطفلية أن تزدهر في الظلام إلا أن عين الحقيقة قوضت قواها وأذبلتها .

تستطيع المعرفة ، إذن ، أن تلعب دورها ، فإن كان المرء يجري دراسة

« علمية » عن التخلص من الأعراض المرضية كان بعض النجاح المحدود حليفه . لقد زاغ التيار العصابي مؤقتاً عن اتجاهه فاكتسبت الشابة اعتبار الذات الناجم عن سيطرتها على زمام حالها مما عوض الإشباع الضائع لفترة قصيرة وحسب . فكيف يمكن لحياة كاملة أن تزول بضربة ايجابية واحدة تتمثل بعدد محدود من الكلمات العلاجية ؟ أيقدر عدد من الأحداث على تغيير سنوات من الألم وتعطيل حواس الفم وتوجيه الحقد إلى الداخل وطمر التشوق المغبون ؟ لا يعاين تلك الاعوجاجات بسطحية مبتذلة مدعياً أن قطعة صغيرة من الحقيقة الذهنية والتغير السلوكي الآني القائم عليها يشكل التعويض المطلوب سوى التصور الصبياني المبتذل للطبيعة البشرية .

يتوقع بدلاً من ذلك ، أن يتفجر الاضطراب عقيب التمعن المختصر مما يستدعي العمل الطويل، من جانب المرأة والتدخلات المستمرة الأشد قوة من جانب المعالج. تقوي كل خطوة من هذا القبيل شدها صوب الصراع.

لو نظرنا قليلاً إلى الوراء لرأينا أننا تسرعنا في القول بأن المعرفة الجديدة في ذاتها وبذاتها حققت « الحيلة » . فهل نعتقد أن بالإمكان التوصل إلى ذات النتائج بإيصال ذات المعلومات للشابة مطبوعة على ورقة ؟ واضح أن إيصالها من قبل شخص آخر مدرك مثل بقية الأطباء في حياتها ، وذكر مقارن بملتقطيها ، وأكبر سناً وفي دور السلطة مقارن بالأهل ، قد أعطى للمعرفة وزناً وأضفى عليها قوة عاطفية بمرور الوقت . ليس صعباً تصور الظروف التي يعمل في ظلها أثر المعالج بحيث يحمل أي تواصل معه معنى من الاعتقاد وضوء من التبصر يشكل، خاطئاً كان أم صحيحاً ، الحيلة التي أجدت . ثم إن هناك أوقات ينجح فيها التفسير الكاذب وتفشل الحقيقة لأنها تغذي الرغبة في النسيان وتخلق إحساساً قوياً ومفرطاً بالوحدة مع سلطة المعالج الذي هو الوالد والقائد معاً في آن واحد .

لقد عانت الشابة نقصاً في المعرفة الصحيحة لا يجوز إيصاله إلا بصورة شفوية . كانت المعرفة ، علاوة على ذلك ، متعارضة مع ما كانت تفعله المرأة فقد أعادت ايضاح تلك الفعاليات ودفعتها جانباً . يمكن ايصال التقدمات

« المعرفية » بوسائل شفوية مماثلة إلا أن الغالب أن يتحيز النمط لجانب واحد كما يشير المثال التالي .

تمكن شاب صغير من مداورة قلق شديد مرتبط بعلاقته بوالديه بممارسة التزلج . كانت الأم عدوانية إغرائية انتقادية صعبة الإرضاء مما جعله متزلجاً أخرق ، وكان الأب بارداً شحيحاً فلم يوفر وقاية من آثار سلوك الأم . تمكن الفتى بالتزلج من تمثيل مشاعر العجز والاتكالية والسيطرة عليها فتابعه باستحواذ شديد بلغ درجة استثناء الاهتمامات والعلاقات الأخرى . لكنه ما إن تجاوز الثلاثين حتى تعرض لاكتئاب شديد لشعوره بعدم تحقيق أي شيء هام . فكيف تمتعت مجموعة من الأفعال بتصور قوي فمكنت ميول هدم الذات والميول الطفلية من توليد الاكتئاب دافعة الشاب في حمقة العصاب . لقد كسر الفتى ساقه أولاً في آخر يوم من موسم التزلج وذلك عندما كان على وشك الفوز على منافس يكرهه (اعترف أن لم يكن هناك عوائق تدفعه للسقوط) ، وبسبب اتكاليته رجع إلى والديه يستجم مقيماً بذلك حلقة مفرغة من الاتهام والكراهية المتبادلة والاشباع الخفي بينه وبين أمه . أشّرت نوبات الهياج التي تعرض لها عندما أتى للمعالج ، لأن أمه لم تحتفظ بقدر كاف من المثلجات التي يحب طعمها ، المستوى الذي نكص اليه . وصل المكتب في حال من الشلل التام خائفاً ألا يرجع إلى التزلج ثانية أو ألا ينخرط في أي مسعى . كان العلاج بالرغم من حدة الأعراض قصيراً وناجحاً . أصغى المعالج للمريض بتعاطف وأبدى الملاحظات السطحية المفيدة بصدد فقدانه لاعتباره لذاته وصعوبة التعامل مع أم من ذاك القبيل . برق مزاج المريض خلال شهرين من العلاج وحكه جلده فذهب للجبال لدى أولى غربلات الثلج مع شكر فيّاض لشفائه الواضح بعد أن اعترف بوجود مشاكل أعمق قادته إلى الاضطراب الراهن ووعد بالرجوع في الربيع للتخلص منها ، لكنه كان شديد الإخلاص للمنحدرات التي كانت كل شيء له . قد يفترض هنا أن المنحدرات تمثل جسم الأم ، والجليد المثلجات والحليب الذي كان يجب أن يأتي منها ، والتزلج اتجاه حركة فعالة فوق جسم الأم . كل ذلك ضد رغبة مكروهة للغوص فيه . لم يكن الفتى يقدر على احتمال علاج يقام على

معان بتلك الشدة والعمق فعد الفهم السطحي الراهن ذي دلالة عملية ضخمة . لقد اختار الفتى فعالية التزلج المفرحة سبيلاً للخروج من اتكاليته . وتصعب الإجابة عن السؤال : لماذا هذا السبيل وليس سواه في مثل قصر تلك الفترة . صمد هذا المنطق إلى أن قادت صراعات الفتى بصدد العدوانية إلى الحادث الذي أغلق سبيل الحل وزاد من حدة النكوص في العصاب الاكتئابي . التزم العلاج ، في هذه المرحلة ، على الأقل ، بعمل ما عجز الوالد عن عمله للفتى وبالتخصيص توفير مانع صاد ضد الاندفاع صوب الأم . فعل المعالج هذا لمجرد وجوده هناك إلى جانبه يجعله يعترف أنه فهم بعض مشكلته .

إلا أن مفتاح المشكلة يقوم في حدود الفهم التي يحتملها المريض . هنا غلب الفعل المعرفة . كان مؤكداً أن المريض لم يشأ أن يعرف كثيراً سواء حول الطبيعة الداخلية لرغباته نحو والديه أو حول التحول لتلك الرغبات على المعالج . يمكن لزيادة معرفته أن يخلق خطر انطلاق قلق أكبر مما يستطيع مداورته . هكذا غدا إغراء الجبال اغواء لا يقاوم يتركه ويرجع إليه فتتحسن مشاعره حول نفسه إلا أنه يبقى خجلاً عن أي فهم متين لجذور ورطته وبالتالي تحت رحمة القدر .

أكانت تلك معالجة ناجحة ؟ من يقول لا دون مغالطة ؟ لقد تحسنت مشاعر الشاب حول نفسه ، لكن « ان يكون في يد القدر » أمر يعني أن للحظ ذات النصيب في أن يكون جانبه أو ضده . قد يرشده العمر أو قد توفر له العلاقات الجديدة مواقع مجدية ضد الانزلاق . أمن الأفضل له أن يستمر يتزلج منتصراً لعدد من السنين من أن ينزوي آمناً إلى الحياة اليومية البليدة او إلى فخاخ زواج تقليدي يفرّخ من وفائه اللاشعوري لوالديه ؟ أيمكن لمعالجة طويلة أن تضمن له معبراً أفضل مما في العلاج من زعزعة وقلق يتولد باستمراره ومن إنفاق المزيد من المال والوقت مما يفرض عليه نوعاً آخر من الحياة .

الجواب أن ليس ثمة جواب ولا شيء واضح في أي حادث . لا شيء

يأخذ في حسبانه أوهام القيم والاختيار . ولا يخبرنا واقع (يفترض أنه واقع) هربه من معرفة الذات إلى فعل استحواذي شيئاً عما إذا كان سيصمد ويغامر محتملاً مخاطر السقطات على طريق سيطرة أكبر للذات. ولن تبعده الأخيرة عن التزلج بل قد تعمل على رشقه في نظام من الوسائل والغايات ، أو أنه يترك ويحتمل مخاطر سقطات التلال . يمكننا أن نجرد قائمة طويلة من احتمالات حصيلة قرار أو آخر ، لكنه سيجد أن عليه أن يختار ، إذ لا يؤمل لأي علاج أن ينجح من غير حرية الاختيار القائم على السيطرة على الذات .

يهيىء التكيف العادي للمريض وتزلجه السبيل لتسلل الفعل العصابي . فلم يكن الفتى يمارس التزلج لذاته بل وسيلة قسرية لإزاحة المعاناة العصابية . لئن أدرك الفعل العصابي توضيحاً لقسرية داخلية على الاحتمال الإنساني كان ما جعل الفتى يشعر بتحسن حاله في التزلج إضعافاً لما يمكن أن يصيره وكان التوضيع القسري سلاحاً يستخدمه الجانب الدفاعي المحافظ فيه لمقاومة علاج يَعِدُ بفتح مدىً جديد من الاحتمالات .

يُعدُّ هذا النمط شديد الشيوع وجزءاً ضخماً من الحياة العادية تفتح بحدود عصابية مبررة . إلا أنه يجب ألا يعتقد ، نتيجة لهذا ، أن بمقدور أي علاج توفير الطرف الآخر من المدى أي الحرية الداخلية التامة . يعد العلاج ، ولا شك ، بالحرية الداخلية لكن ليس بمقدوره أن يحقق منها ما يتخطى المتوفر منها في التكيف العادي . وكل ما يستطيعه هو إزالة الكارثة العصابية . ويفعل ذلك سواء بتقييم الألم أو بتحويل المرء إلى اتجاه أقل عصابية . يعجز تعتيم الألم إنْ بالعقاقير أو بالاقتراح البسيط بمختلف المثبطات عن تحقيق حرية أكبر وهو أمر يعجز عنه أيضاً الفن الذي « يزايد » بمهاجمة المشكلة العصابية في مصدرها ، لعدم وجود حرية مطلقة ولأن الأخيرة « نحت » من التعاريف النظرية ولاشتمال أي برنامج يعمل لزيادة الحرية على منظومة جديدة من التعاريف والتحديدات النظرية .

يستلزم التحول التحليلي للصدق الداخلي والسيطرة على الذات واحداً من تلك التحديدات بطريقة صاخبة تفرض أن يعلّق الفعل بحيث يتم وضع

الحقيقة الداخلية في أطر لفظية . أشّر المثالان السابقان الجدل بين الفعل والمعرفة اللفظية بطريقة أعلت المعرفة إلا أن القضية لا تنتهي هنا . فقد قورنت حالة مزيفة لفعل واحد من المعرفة بأخرى أصدق نسبياً تنمو من تعليق الفعل . لا يحتاج المرء أن يتقن الفلسفات الشرقية حتى يتعرف على وجود حال سابقة على اللفظية تلقي أثراً قوياً في حياتنا . يصعب كثيراً تحديد خصائص طبيعة تلك الحال ، فيكتفىٰ هنا بمجرد الإشارة إليها . تعد الحالة السابقة على اللفظية صيغة غير متميزة من الوجود يختلط فيها الذاتي بالموضوعي . تشتق الحالة المذكورة من التجربة الطفلية المبكرة وتستمر أساساً لحياتنا وجذراً يشق طريقه فيها على الرغم من إثقال تراب الحضارة له . نشير هنا إلى استغلالنا للمرحلة السابقة على اللفظية في كل صيغ العلاج وذلك برغم صعوبة إمساكها بالكلمات . تزج المرحلة قبل اللفظية نفسها في الشعور في فجوات الصمت أثناء العلاج التحليلي ، فتكون « الكلمات » التي تحمل الحقيقة إلى الشعور تشكلات من مادة نفسية من النواة الداخلية قبل اللفظية وتكون البنىٰ الجديدة في ظل الشروط التحليلية الجيدة أقل عصابية من القديمة إلا أنها لا تأخذ محل المادة غير اللفظية للوجود بل تكتفي بتطوير بنية محسنة حولها .

تستطيع الصيغ العلاجية الأخرىٰ بابتعادها عن الغرض التحليلي أن تستغل ظرفاً عظيماً لقبل اللفظية بتشجيعها لأنماط من التعبير الأكثر تمثيلاً للكائن غير اللفظي من تلفظية المنهج التحليلي . يفكر المرء هنا بالمعاني غير اللفظية التي تستخدم حركة الجسم أو التعبير الانفعالي . تقترب التجربة المثارة بتلك الصورة من الحالة قبل اللفظية وتمتلك أثراً علاجياً أصيلاً إلا أنها تعاني قصوراتها الخاصة وبالتخصيص عجزها عن الفهم الواضح الموضوعي لمجمل موقف المريض .

ليس الاستقطاب بين تجاهل العلاج اللفظي وأسلوب إخبار الحقيقة في التحليل ، وليس هو بين التذهينية اللفظية العقيمة للتحليل وبين حيوية العلاج غير اللفظي برغم تصويرها كذلك في حميا الدعاوة وصخبها . تلك

هي المعضلة الأصلية في كل ضروب العلاج . تؤشر التذهينية التحليل السيء تماماً كما تؤشر الإيهامية الجانب السيء من العلاج غير اللفظي ويكون كل منهما مشكلة في ذاته لكن أية منهما ليست جوهرية ، إذ تقع المشكلة الأساسية في الحدود الملازمة للحقيقة الإنسانية ، ذاتها وتأصل حياتنا في التعارض .

ليس هناك ، إذن ، ما يسمى بالعلاج المثالي وأي علاج يلتزم بذلك إنما يكون سيئاً بالضرورة ليس لعدم فائدته بل لدعوته لأهداف مثالية غير أرضية يتوقع أن يكون الناس قد تخطوها في الحقبة المتأخرة من عصر الوعي والتي لا مهرب منها قط لانطلاقها من نرجسيتنا الرغبية الطفلية من أجل الكمال عبر الاتحاد بالوالدين المطلقي القوة .

يجب أن أشير ، برغم نفيي لوجود علاج مطلق إلى أنه ليس ثمة ما يدعو إلى الاستنتاج بأن كل العلاجات التي تتواضع وتعترف بقصوراتها متساوية في الأهمية، بل إنني أفرض أن لها جميعاً مكانها وأن لكل منها مجال تطبيق ناجح . ووراء هذا الحد من التساوي تقوم اختلافاتها الرئيسية في الايهامية الذهنية وعطبيتها للابتزاز وتثقيفيتها وتنفيهيتها وتطبيقاتها المتباينة على « تنظيم » المجتمع الإنساني .

هنا يتخذ سؤال القيمة أكثر صيغه جدية . تعني صياغة قصورات العلاج اعترافاً صريحاً بأن ليس للموقف الإنساني نهاية مغلقة بل إنه في حال من التطور التاريخي المستمر . ولكل العلاجات التي تفيد الفرد المعرض للتجربة العصابية اتجاهاتها المؤسساتية الإجتماعية الدالة وأن موقفنا من مؤسسات المجتمع عميق التشابك مع اتجاهاتنا من العلاج . يلزمنا قبل فحص الموقف المذكور فرز متباينات التجربة العلاجية ، مما يفرض أن نحول اتجاهنا لتمعن الصيغ الرئيسية للعلاج في توقعاتها التاريخية .

٨

لمحة تاريخية

يتفق الجميع على أن ما نسميه علاجاً يتطابق مع مؤسسة قامت في كل مجتمع بشري متميز ، وليس معالجو اليوم سوى ورثة طبقة الكهان وقد ألبسوا عباءات مهنية عصرية . كان يمكن لمجموعة العلاجات التي نعرفها اليوم أن تنمو من الشرخ الذي قام في المجتمع المعاصر بسبب التطور الصناعي المذهل الذي يعقد التعاسة العاطفية في الحياة الإجتماعية المعاصرة . لذلك فقد عدّت « الرجعة » إلى الكهانة العلاجية أمراً ضرورياً .

يعد الطبيب المحلل حامل معايير العلم المظفر أكثر المرشحين نجاحاً في هذا الدور في العالم المعاصر . لم يخلق العلم المعاصر محلل اليوم وحسب ، بل حدد له « اشياء » انتباهه والمرض النفسي ذاته [١] . عرف القرنان الماضيان التمييز بين السوي والمعتوه مضطرب العاطفة الساقط في « وحلة » الطبقة العامة المكونة من المعوزين والمجرمين . وخلال ذلك نما المفهومان التوأمان الفصامي والمحلل [٢] .

تنجم الصعوبة في التوصل إلى أفكار واضحة حول ظواهر الجنون والعصاب من عدد من المصادر . لقد كان تحديد السخيف الذي يدور حوله الجنون باستخدام الصيغ العقلانية للفكر المشكلة الأكثر إثارة للرعب . وهنا ، ومنذ البدء ، تسلط على الحقل سحرة استطاعوا إقامة علاقات بصيغ

(1) Ellenberger, H., The Discovery of the Unconscious, Allen Lane, 1970.
(2) Op. Cit, 1989, 75.

(غير عقلانية) سخيفة من التجربة ومحررة من الروابط بفعل الإهتمامات الاجتماعية المسيطرة بما فيها دقيق العلم نفسه . وصف تاريخ العلاجات في العالم الراهن بأنه صراع تشنجي بين الاعتراف بالجنون والشيطاني من طرف وبين التوجيه العلمي الموضوعي المتحضر للسخيف من طرف ثان [1] . دفع عجز المجتمع المنظم عن تمثل الشيطاني إلى بروز عبادات ونحل ومدارس في العلاج تقوم لفترة ثم تنمحي بعد أن كانت تخضع عنيدين غريبي الأطوار وشاذين وقفوا بوجه المؤسسات الرسمية وأقاموا نواة لمجتمع صغير مضاد .

كان أنطون مسمر (١٧٣٤ ـ ١٨١٥) النمساوي مكتشف التنويم أول مثال لهذا النمط . استخدم مسمر فن الايحاء لتغيير حركة القوى الذهنية في مرضاه فأحدث تغيراً ملحوظاً ، ولو قصير العمر ، في السلوك وفي « شفاء » نوع العصاب المعروف بالارتداد الوظيفي . أضحى مسمر ، بذلك ، بؤرة عبادة استمرت عدداً من السنين ثم انطوت . إلا أن التنويم بُعِث في نهاية القرن التاسع عشر في فرنسا في ظلال جان شاركو (١٨٢٥ ـ ١٨٩٣) ومنافسه القوي هيبوليت برتهايم (١٨٤٠ ـ ١٩١٩) [2] .

لا تهمنا تفاصيل هذا التطور وإن كنا نلاحظ عابرين بعض ملامحه في مدارس العلاج المعاصرة . تشير النقاط التالية إلى أهم تلك الملامح (١) الأسلوب الجديد في الإيحاء الذي أزاح نمطاً سابقاً للربط والتفكير فغير السلوك وأعطى معرفة جديدة . (٢) اكتشاف مرض تعمل عليه أي الارتداد الوظيفي أي الهستريا الارتدادية التي شاعت في القرن التاسع عشر أكثر مما هي شائعة الآن (٣) تعبير المرضي عن شيء مميز للفترة وعن الأسلوب المستخدم لمجابهته ذاته (٤) قدرة مكتشف الأسلوب على أن ينصب نفسه بطلاً أو إلهاً وأن يطور عبادته ويتلقى قصاصه من النظام القائم الذي يخالف تنظيماته وأعرافه (٥) وأخيراً عودة الأسلوب إلى الحياة معدلاً أكثر احتراما وعرضة للتحزبية معاً .

(1) Sigerist, H. E., Civilization and Disease, Cornell Univ. Press, 1943. Jones, E., Sigmund Freud: Life and Work. Hogarth, 1935 -9.
Manomi, O. Freud. New Left Books, 1972. Wollheim, R., Sigmund Freud, Fontana, 1971.

(2) Lewis, N. D. C., A Short History of Psychiatric Achievement. Norton, 1941.

لا يمكن للشجار بين مختلف المناصرين الذين كان كل منهم يدّعي أنه وحده يمسك الحقيقة التي هي في الأصل عمل سيد قضى ، أن يؤشر شيئاً أكثر من عجزهم وتخلفهم عن الزمن والاعلان عن ولادة مكتشف جديد ، بطل في تاريخ العلاج النفسي ، هو سيغموند فرويد (١٨٥٦ - ١٩٣٩) الذي جسد ذلك الدور بعد أن التقطه من وحل العلاج النفسي المشوش في أواخر القرن [١] .

درس فرويد مع شاركو واشترك في نزاع أواخر القرن التاسع عشر حول التنويم ، أما إنجازه الحقيقي ففي توسيع قبضتنا على اللاشعور الذي أكتفي بالتلميح إليه . لقد قدم فرويد أكثر الحسابات تحديداً لتنظير شروط العقلاني والسخيف . ولم يكن عمله مجرد علاج بل نقطة علام جديدة للمنهج العلمي تنتقد بقسوة وجهتي النظر التشاؤمية والتفاؤلية التي يفترض أن يمثلها العلم .

كان فرويد محولاً للحضارة الغربية مما يجعل حساب تأثيره ، في آن واحد ، صعباً ، ويتخطى أي تأثر للعلاج الذي وجد باسمه [٢] . ومهما كان مصير التحليل النفسي الفرويدي فقد غرق أخيراً في دور ثانوي في سياق العلاجات الفعلية الأخرى . مع هذا ، يبقى فرويد وطرائقه وتبصره مؤسس العلاج الحديث . وأنه لأمر مثير أن تعمد طريقة إثر أخرى وعلاج إثر آخر على تحديد ذاته بالإشارة إلى فرويد . رأى آلاف المعلقين عبر السنين أن فرويد قد انتهى ونسي أكثرهم واستمرت روح فرويد بعد أن دفنت عدداً لا يحصى من المرات ، ثم بعثت ووسمت العلاجات المعاصرة . تشتق المدارس التحليلية مباشرة من فرويد وتدين أغلب المدارس غير التحليلية بالكثير لأفكاره فادلر ويونج ورانك وهورناي ورايخ وفروم وبيرلز وبيرن اسماء معروفة ورواد منظومات علاجية شديدة التباين تتقاسم جميعها إرثاً فرويدياً تحليلياً ورباطاً شديداً « بالسيد » نفسه . لا يتمثل أيٌ من تلك المنظومات بفكرة واحدة بل

---

(1) Op. Cit,

(2) Brown, J. A. C., Freud and the Post Freudians. Penguin, 1974. Ellenberger, H. The Discovery of the Unconscious, Allen Lane, 1970.

بمعقد منظم من المعتقدات والممارسات . ويتميز علاج فرويد بأنه المستعار منه » وتتميز العلاجات المذكورة بأنها حققت هوياتها مع كل استعاراتها من « المعلم » . يبقى من المفيد، مع ذلك ، ربطها بتحليلية فرويد لأنها تعكس شيئاً من تطورها التاريخي .

يحدد العلاج الفرويدي على تعقده بمجموعة من المعايير المحددة نسبياً . كالجنسية الطفلية والأفعال الذهنية اللاشعورية المكبوتة زخمياً والقاعدة الأساسية والتحول أي اعتاق الماضي في الوضع العلاجي .

تصاب الوحدة الفرويدية بعدد من الانقسامات فتقوم وجوه مختلفة من نظرية فرويد وتطرح أخرى[١]. في هذه الحركة قلل يونج (١٨٧٥ - ١٩٦١) من أهمية الجنسية الطفلية وقدم فكرة للاشعور موسعة ومختلفة جذرياً عن نظيرتها لدى فرويد . أما ادلر (١٨٧٩ - ١٩٣٧) فقد طرح كلاً من الجنسية واللاشعور وركز بدلاً منها في العوامل الاجتماعية وما يمكن أن يسمى بالعناصر الأنيوية كالتأكيدية والنضال من أجل القوة واعتبار الذات وغيرها . حدد الرجلان ، يونج وادلر ، نمطين رئيسيين لطريقة بديلة يتمثلان بالتفوق والاجتماعي اللذين سارت وفقهما أغلب الانقسامات التحليلية اللاحقة وخاصة منها الفرويدية الجديدة وهي مجموعة مدارس مرتبطة بوجوه أمثال اوتورانك (١٨٨٤ - ١٩٣٩) وكارين هورناي (١٨٨٥ - ١٩٥٢) وهاري ستاك ساليفان (١٨٩٢ - ١٩٤٩) واريك فروم . لتلك المدارس تأثير واسع في الولايات المتحدة في حقول التربية والعمل الاجتماعي .

هناك مدرستان في العلاج النفسي ارتبطتا وثيقاً بالتحليل الفرويدي واختلفتا في أمور كثيرة . الأولى مدرسة وسط أوروبا للتحليل الوجودي[٢] التي قامت على المبادىء الفلسفية لكيركارد وهوسرل وهايدكر المطورة من قبل اطباء نفسيين أمثال لودفيغ بيشوكواتر (١٨٨١ - ١٩٦٩) وميدارد بوس (١٩٠٣) . للتحليل الوجودي المدرسي دور محدد جداً في العلاج في الولايات

(1) Op. Cit.
(2) May, R. et. al., Existence: A New Dimension of Psychiatry and Psychology, Harper, 1958.

المتحدة لكنه كوجهة نظر غدا شديد التأثير خلال عمل رولـوماي ولينج وجماعته . أما الثانية فهي الرايخية .كان وليم رايخ[1](١٨٩٧ ـ ١٩٥٧) الذي حدد جهوده المبكرة بالعلاقة الفرويدية طبيب نفس بارز وماركسياً معاً ، ولكنه شيئاً فشيئاً أضحىٰ منشغلاً بالمصادر الحيوية للعصاب ، فأخرج علاج الأوركون الطاقي الحيوي من التحليل النفسي وجرد منه فرضية الأوركون . لم يختلف أثر هذا المنهج عن نظيره للتحليل النفسي فـأثرت وجهـة نظره للممارسات العلاجية على العديد من المستويات .

نما منهج العلاج الجشتالتي المعاصر على يد ف . س . بيرلز (١٨٩٣ ـ ١٩٧٠) متأثراً برايخ وبمدرسة علم النفس الأكاديمي الذي يدين له باسمه . وكما يحدث في الغالب ، سار المنهج بصيغته الخاصة بالتأثير الساحر لبيلرز واستمر يتطور مع المشهد الأمريكي المتغير . فلقد أوجد المناخ الأمريكي عدداً من مدارس العلاج المؤثرة ، التي وإنْ تأشرت بالتطورات الأقدم ، حققت هوية أمريكية خاصة . ربما كانت الطريقة التي وضعها كارل روجرز الأكثر أهمية من بين تلك الطرق الطالعة . قدم روجرز أكثر من أي شخص آخر المهنة النفسية في شؤون العلاج وكسر السيـطرة التي كان الـطب والطب النفسي يتمتعان بها لفترة طويلة . تكونت أفكار روجرز ، وإن تكن جد فردية ، من قليل من فرويد ، ومن كثير من أوتورانك والفرويدية الجديدة ومن سبيكة ، أو عملية أمريكية نمطية وإيمان متفائل بالفرد وكان لها تأثير رئيسي في سياق العلاج في الولايات المتحدة [2].

أعطىٰ الخط التفاؤلي في المجتمع الأمريكي ثمرة أخرى متمثلة بطرق علاج معاصرة بارزة تعتمد أولياً على التجربة في الفئة ، وتقاد أحياناً وفق خطوط التحليل النفسي وأخرى بصيغة مختصرة وشديدة . يفكر المرء هنا

---

(1) Reich, W., People in Trouble, Rangeley, Maine, 1953; Reich, I. O., Wilhelm Reich, Elek, 1969. Rankes, O., Wilhelm Reick and Orgonomy, N. Y., 1970.

(2) Frederick, P. et. al., Gestalt Therapy: Excitement and Grouth in the Humain Personality, 1972.

بمجمل حركة المجابهة التي لعبت بها الروجرية [1] والجشتالتية دوراً بارزاً أو بالمنهج العبْري الذي أوجده اريك بيرن أو بعلاج وارنر ايرهارد الأكثر جدة . يعترف العديد من تلك الطرق بالأعمال الأقدم لكنها تشكل صيغة مميزة ستناقش فيما بعد باسم حركة الاحتمال الانساني [2] .

ثمة نقطة رئيسية تتمثل بالمبدأ القائل بإبدال الطريقة التقليدية والعلاقة المتوازنة في العلاج بعون يوفره طبيب أو معالج أو أي خبير يهدف إلى خلق حياة متغيرة مع الاقران وقائد عليه أن يؤثر مباشرة بالشخص ويعمل على « فتحه » بطريقة ما . تدين تلك العلاجات للسيكودراما التي أوجدها ي . ل . مورينو الذي قدم مفهوم العلاج الجماعي ذاته في عام ١٩٣٢ .

تقبع فكرة العلاج الأسري خلف السيكودراما وتحاول أن تخلق تغيراً في الوحدة الحية للحياة الشخصية تعمل بدورها على تغيير السلوك العصابي نحو الأفضل . يمكن هنا استخدام الجمع بدل المفرد فيقال علاجات أسرية لأن هناك عدداً منها بعضها تحليلي في هيكليته الأساسية ، أما الآخر فيستخدم منهجاً مختلفاً جذرياً مشتقاً من دراسة نظرية التواصل والدراسة التطورية الطبيعية لسلوك الحيوان [3] .

برزت مؤخراً مجموعة أخرى من العلاجات فاكتشفت إمكانات البلوغ المباشر والسريع لما قد يعد عميقاً من الطبقات قبل اللفظية للعقل البشري . يسحب بعض تلك المدارس من المناهج العبْرية والشرقية في حين يحاول بعضها الآخر استخدام العقاقير بتغيير اللاشعور (كلوديو تايخو) أو الوسائل العصبية لذات الغرض . هناك واغل جديد سريع الحركة إلى الحقل هو

(1) Rogers, C., The Autobiographical Essay. In Arthur Burton (ed)., Twelve Therapists. San Fransisco, 1972.

(2) Kaplan, H., and Sadock, B. (eds)., Comprehensive Group Psychotherapy, Baltimore, 1971.

(3) Sager, C. and Kaplan, H. S. (eds)., Progress in Group and Family Therapy, N. Y., 1972. Nagi, I. and Frano, J. (eds), Intenssive Family Therapy, Harper, 1965, Ferber, A. et. al., (eds)., The Book of Family Therapy, 1972.

العلاج الأولي لأرثر جانوف الذي يستخدم طرائق نفسية لبلوغ الجذور العميقة للعصاب[١] .

أخيراً ، يجب إفساح المجال في نقاشنا لمنهج علاجي هام كان حولنا خلال الثلاثين سنة الماضية ، وربما يكون ، من بين كل المدارس ، أبعدها عن مفاهيم فرويد . ذاك هو العلاج السلوكي المرتبط باسماء ايزنيك في بريطانيا وجوزيف وولب في أمريكا . ينمو تأثير علاج متحدر من هذا النمط ويقوم على نظرية التعلم في السيكولوجيا الأكاديمية بسرعة مذهلة[٢] . ؟

---

(1) Janov, A. The Primal Scream, Sphere, 1973.

(2) Eysenk, H. J. (ed)., Behavior therapy and the Neuroses, Pergamon, 1960. Wolpe, J. and Lazarus, A. Behavior therapy techniques, Pergamon, 1966.

٩

أوليات العلاج

يظهر من الإشارات الموجزة السابقة أن العلاج في العالم المعاصر في حال من التشوش والتنوع كما لو أنه ينتظر قدوم منهج جديد موحد . ليس هذا على وشك أن يحدث وليس البحث عن تركيب علاجي في إطار المجتمع الصناعي المعاصر سوى عمل أشبه بتصيد حيوان منقرض . فدعنا ، بدلاً من ذلك ، نحلل العلاجات القائمة طبقاً لمسلماتها الأساسية ، لعل ذلك يساعدنا على معرفة الفروق الفردية بين مختلف المدارس بدقة ووضوح .

يبدو من معاينة الحقل ، أن كل علاج يدعي الإلتزام بالتفاعل الأساسي بين العقل والعضوية والمجتمع وذلك بتأييده واحداً أو آخر وعدّه العامل السببي الرئيسي في العصاب ، وبالضرورة الجانب الرئيسي الذي يجب التأثير فيه . لذلك كانت لدينا علاجات نفسية وحيوية واجتماعية . إن كل العلاجات نفسية بالطبع بمعنى أنها تؤثر في سيكولوجية الفرد العصابي إلا أن كل العلاجات أيضاً حيوية واجتماعية إذ إن للفرد جسم ويعيش مع الآخرين . لا يلزمنا أن نركز في جوانب العلاج الأكثر تأثيراً بل في جوانبها الموافقة لاهتمامنا .

يدلنا نوع العلاج على الاتجاه الذي على التناقضات العصابية أن تتابعه وعلى الحفر التي يمكن أن تخلفها وراءها . يجمد التحليل النفسي الفرويدي ، ولنختر أبرز أنواع العلاج النفسي ، الفكر والمخيلة ويعلق الفعل الاجتماعي

ونتائجه الحقة . ويكتشف الحيوي الطاقي التناقضات كما تبرز مباشرة في التنفس والتوتر العضلي ويوفر قدراً كبيراً من الاهتمام للمخيلة أو للعلاقات الاجتماعية . أخيراً يتعامل علاج الأسرة وهو علاج اجتماعي واضح مع التفاعلات الاجتماعية الراهنة داخل الأسرة ويسعى لأن يؤثر فيها وليس في المخيلة أو في اتجاهات الجسم .

واضح أن تلك مجالات للتأكيد وليس للاستثناء . ويجب أن يؤخذ بعين العد أنّ الكتابات والتعاليم الرسمية الخاصة بـالمدارس القـائدة أنقى من الممارسات التي تطرحها . ثم إن أغلب الممارسين يطور أسلوباً فردياً يخلط عدداً من مستويات المناهج وفق خطوط مساومة تمليها الضرورات العملية .

لا تكون الأشياء حتى على مستوى العقيدة نقية أبداً . إذ لم يكن الناس الذين وضعوا تلك العلاجات عمياناً يتلمسون الفيل في العتمة فيخلطون الذيل بالحيوان ، بل إن أكثرهم تعرفوا الطبقات العديدة للموقف البشري وأعاروا احتراماً ما لكل جوانبه . لكن ، وسواء كان مطور العلاج « غنياً » بأفكاره أم لم يكن فإن « دراهمه » من المفهومات تذهب لمكان دون آخر وهو ما يحدد المكان العريض لمعالجته .

تعريفات ضرورية : الطبيعة ، بالنسبة لي ، ما ينبعث خارج إطـار المنهج التاريخي ولا يتأثر بكفاحنا وإرادتنا وأخلاقيتنا . فالموت والنجوم صيغ متشابهة للطبيعة شأن الهيكل الأساسي لجسمنا ، الذي قد يكون الجوهر قبل اللفظي الأعمق للوجود . لذلك فإني سأعتبر أي علاج يحاول أن يشفي بأن يجعلنا على اتصال ببعد عبري للتجربة أو أية صيغة لمبدأ شمولي ، حيوياً أكثر منه نفسياً . ويأتي العلاج السلوكي تحت هذا العنوان إذ إنه يلغي التخيل الذاتي والعلاقات الإجتماعية ويستخدم نمطاً إشراطياً للسلوك يعمم من علم النفس الحيواني . يجب ، بالطبع ، تصنيف تلك الطرق بجانب العلاجات الحيوية التقليدية التي تقوم ، بسبب تأكيدها للعقاقير ، مباشرة على المنهج الطبي والعلاج بالصدمة والحيوي الطاقي لرايخ الذي بحث عن « المفتاح » في عمل مجمل العضوية في علاقتها بالكون .

يجب على كل بعد ، إذن ، أن يخضع لتحليل أبعد ، إذ لا تبرر التميزات الضرورية إلا بالفحص الدقيق . يبرز ضمن العلاجات الاجتماعية تمييز هام بين أولئك الذين يعتقدون بالاثر الحاسم للعلاقات الأسرية المباشرة وبين من يسمون بالعلاجات الجذرية الذين قد يتخطون العلاقة الشخصية المباشرة كلياً ويعدّون المجتمع المستوى الضروري للتدخل .

تزحف إلى مدارس العلاج تميزات أكثر دقة بين أنصار « الحيوي النفسي » وأنصار « الإجتماعي النفسي » . يميل الأولون لتأكيد الغرائز والسوائق أما الثانون فإلى الجوانب الذهنية للعلاقات التبادلية كمشاعر الأمن واعتبار الذات . يحتل جماعة كلاين الفرويديون [١] الخط الأول وساليفان [٢] الخط الثاني. وقد يأخذ العلاج منحى الوجودية فيقيم ادعاءاته في أرض الظاهراتية النفسية معتبراً السوائق والتفسيرات الاجتماعية مجرد قناع يرشق فوق تجربة عارية لا تخضع لوسيط .

ثمة محور آخر على كل العلاجات من أي نمط كانت أن تتضمنه . يتمثل المحور المذكور « بموقف » من مصدر المصائب والآمال لعمل شيء بصددها . يترك هذا المحور مجالاً لاتجاه ايجابي من الشيطاني سواء دُعي الأخير « سخف جذري » أو « تهديم » أو « شر » أو « الهو » إذ لن يصمد علاج يتشدد في تشاؤميته بل لا بد له كي يبقى في العمل من أن يتراخى تاركاً مجالاً واسعاً للتفاؤل فيه .

لهذا نكهة حضارية متميزة . كانت الوجودية الأوروبية أقرب الأشياء للعلاج التفاؤلي ، تعاكسها في ذلك رواقية فرويد ، إلا أن الصيغة المؤمركة لكليهما غدت أكثر تشاؤمية . عجز الأمريكيون عن الاعتراف بالخط الواضح للشيطانية في تجربتهم الوطنية . فقد ألغت الحضارة الأمريكية أي معنى للشيطان واستمرت تفعل ذلك عندما احتضنت العلاج . يرجع اتصاف العلاج الأمريكي بثبات الجذور وتأصلها في الحياة إلى الايمان الحي والثابت

(1) Klein, M., Contributions to Psycho - Analysis, Hogarth, 1950.
(2) Sullivan, H. S. The Interpersonal Theory of Psychiatry, Tavistock, 1950.

بالأفانين الصناعية والتحسن الحضاري . كان ، نتيجة لذلك ، العلاج الممارس في الولايات المتحدة شديد التفاؤل وامتلك توقعاً مطلقاً بصدد الشر ، أي معنى جذرياً للخطأ . يوهب ، الفرد هنا ، رصيداً كافياً من الغرضية النشيطة فيعد المرض مشاعر محتبسة يمكن أن تطلق دون أن تجر الأذى ، وترى الفوضى متأصلة في الجسم حيث يمكن ضبطها كما لو كانت حالات طبية ، ويقصر مصدر المشكلة على محيط مباشر للناس الآخرين الذين يمكن معاملة كل منهم وتربيته كالمريض باتجاه ايجابي .

يكون أكثر أنماط العلاج انتشاراً في أمريكا واحداً يتعطش فيه الفرد بمفرده أو بارتباطات محدودة بالآخرين ، لتحسين نفسه بواسطة الوسائل الفنية والعمل الشاق والتفاؤل وكل الأسطورة ، التي تنصبها البورجوازية للناس في سعيها لجمع صراع الطبقات . قد ينجح علاج من هذا النوع بوضع الفرد مع الجانب المبدئي من « تراثه » . إلا أن هذا لا يزال يلزمه المزيد من الإيضاح ويفشل في توفير الدليل على الاختيار العقلاني ذلك لتمزق أطراف التراث الذي يقام عليه الاختيار .

نستطيع بعد هذا التقديم الشامل ، الإلتفات إلى العلاجات والمدارس العلاجية ذاتها .

يتصف جردنا التالي لمدارس العلاج بقدر كبير من المساومة لأن توسعته بحيث يشمل أكثر المدارس حتى الأمريكية يفلت زمام السيطرة عليه ويجعله بليداً مملاً يثير في القارىء الإرتباك والتشويش . لذلك قررنا إرساء النقط البارزة في كل مدرسة دون الإساءة إلى جوهرها . يعاني عملنا ويتعقد من معاناة المدارس العلاجية من ظاهرتين متعارضتين تماماً هما « الإنتظام » في مؤسسات منهجية « والتشعشع » الحر المنفلت عن برامج التدريب المعتمدة والمبادىء الأساسية للمدرسة [1] .

---

(1) Bry, A., Inside Psychotherapy, N. Y., 1972. Monroe, R., Schools of Psycho analysis Thought. N. Y., 1955. Wyss, D., Psychoanalitic Schools From the Begining to the Present, N. Y., 1973.
Ford, D. H., et. al., Systems of Psycho - therapy: A Comparative Study, wiley, 1964. Frank, J., Persuasion and Healing. Bross, 1963.

برزت مدارس جديدة بين تحرير هذا الكتاب وبين طباعته ونشره بين يدي القارىء . وقد يشعر رواد بعض المدارس التي عولجت هنا أنها أضعفت بما تلاها ، وقد يعتبر رواد فئة أخرى من المدارس أنه أسيء تمثيلها . آمل أن تقف تلك القصورات عند حدودها الدنيا ، فليس لي ، إن وقعت واشتدت ، سوى اللجوء إلى « العطبية » الإنسانية تبرر خطأي وتغسل آثامي وتشد عزمي للمزيد من العمل والبحث .

١٠

التحليل النفسي

يتألف التحليل النفسي الفرويدي من منظومتين متميزتين هما التحليل النفسي التقليدي المعروف والعلاج النفسي المبني على مبادىء التحليل النفسي . ولّدت المنظومة الأولى الأطر النظرية ووجهات النظر العامة ومارست التأثير الكبير في تطور الفكر البشري عموماً وفي حركة الفكر النفسي خصوصاً . أما المنظومة الثانية فقد أكدت نفسها بالممارسة العملية الواسعة ، التي حرم منها التحليل النفسي النظري بسبب طبيعته الخاصة التي تمنعه عن أن يكون منهجاً عاماً تتشكل منه الخدمات العلاجية العملية .

يستنفذ العلاج الفرويدي التقليدي مالاً طائلاً ، ويستغرق وقتاً طويلاً يصل إلى الأربع جلسات في الأسبوع الواحد لأكثر من ثلاث سنوات ، مما يشكل عقبة مادية وحياتية بوجه الغالبية العظمى من المرضى تمنعهم من متابعته . تقوم العقبة الثانية بوجه التحليل النفسي في طبيعة التغيير التي يهدف اجراؤه المعقد إلى بلوغها [١] .

يتفاعل الاحتكاك الشديد الطويل للمحلل بالمريض ، مع الإستخدام التقليدي للأريكة حيث يمدد المريض غافلاً وبعيداً عن العين المباشرة للمحلل ، فيخلق سياقاً نفسياً أو موجة نفسية تركبها الصيغ النفسية الأقل نضجاً منطلقة من مخبئها في اللاشعور ساعية إلى التحقق والتحرر

(١) فرويد ، س . محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي ، القاهرة ـ ١٩٦١ .
Greenson, R., The Technique and Practice of Psychoanalysis, Vol, I, Hogarth, 1967.

والإنفلات . تتحرك الموجة المذكورة جارفة معها الجوانب اللفظية الأكثر نضجاً وذلك عبر القاعدة الأساسية الآمرة للتحليل النفسي التي هي المبدأ المدهش والفريد الذي يولد زخماً متواصلاً من الوقائع تغذي بنية الفكر الفرويدي في المكان بين المحلل والمريض . عُدَّ المبدأ فريداً لأنه يعوز كل المناهج العلاجية الأخرى . يتمثل المبدأ بالعبارة التقليدية : « قل كل ما يطرأ على ذهنك » ، أو « حاول أن تقول كل ما يطرق بالك » . وسرعان ما يدرك المحلل فشل مبدئه في دفع الزخم وتحرير مكونات اللاشعور بسبب سعة المنطقة التجاربية الخاصة للكبت الفعال ، لذلك فإنه يجلس خلف مريضه يبني معه وفيه مبدأ الأمانة على ما تحمله القاعدة الأساسية إلى بؤرة البصيرة والوعي . هنا يترك المريض لصمت عالمه الداخلي وللحقيقة الأليمة مَنْ أن عليه أن يروي بصوت مسموع وبحضور الآخر ما لم يعانه إلا لنفسه وفي أعماقها ، ما لم يسمح له ولو مرة بولوج الوعي الخاص به . في تلك الحال تقف صرخة المكبوت مموهة على حافة عبارة كل ما يطرق على ذهنك ، ملفتة الانتباه إليه في نفس الوقت الذي تحول بينه وبين الانطلاق .

يستطيع المريض مجابهة ورطته السابقة بطرقٍ لا تحصى تجمعها خاصيتها العامة المتمثلة بمنعها عناصر اللاشعور من ولوج بؤرة الوعي . أما مهمة المحلل فمحدودة تماماً . فهو يعمل بصبر ، ودون اتهام أو حكم ، وبإصرار لا يكل من موقعه في حافة الشعور على « حل » الطرق العديدة في متناول المريض لمقاومة انبثاق عناصر أعماقه النفسية إلى بؤرة شعوره . يقوم المحلل بعمله المذكور بالتعليق المجرد عن التشجيع والتثبيط على أحبولة الفكر العالقة على حافة الشعور . يفعل المحلل ذلك بأساليب ثلاثة هي :

١ ـ المجابهة . وهو أسلوب مرآتي يعكس المحلل عبره للمريض ما يكشفه الأخير في اللحظة الراهنة ، كأن يقول له ، أنت تنكر ما تشعر به من غضب نحوي .

٢ ـ التفسير . وهو جملة تجاربية تفسر سلوك المريض بأسلوب جديد تعكس عليه بعضاً من لا شعوره له . فيقول المحلل مثلاً : إنك غاضب يا

محمود لأنني أذكرك بأترابك ومنافسيك . وأنت تتجاهل ذلك لأنك كنت دوماً تتفوق على الآخرين أو تتخطاهم بصقل ملامسك أو تنعيمها .

٣ ـ إعادة البناء. أي صياغة عبارة تلملم الأشتات السابقة بعبارة تاريخية مفترضة لما كان حتى اللحظة الراهنة اجزاء أو عناصر مدفونة في الماضي الطفلي للمريض . يقول المحلل ، مثلاً ، يجب أن يكون غضبك ودفاعيتك تكراراً لما سبق أن شعرت به عندما كنت طفلاً صغيراً . وإنك يا محمود توقفني في حذاء أخيك الكبير .

يعمل المحلل عبر أساليب المداورة الثلاثة السابقة على جر عناصر اللاشعور إلى بؤرة الشعور وعلى تشجيع المريض على التدقيق والتنميق في تلك العناصر. تقوم في اللاشعور الآثار الذاكرية للحياة إلى جانب الرغبات المستحيلة التي لم تتخل قط عن مطالبها . يغري التحليل تلك العناصر لترك مخبئها ثم يساوم المريض لمصارعتها ، أي لمصارعة ذاته . يستغل المريض عبر فعل الصراع المشاعر المبعثرة التي لا يزال حتى تلك اللحظة يجهلها، فيتقبلها المحلل ويعلق عليها إلى أن يمسك المريض في فعل كشفه لذاته . يولد الجدل المذكور ، بالضرورة صراعات المريض العصابية الطفلية في إطار الموقف التحليلي الذي يولد بدوره ما يسمى بالعصاب « المتحول » الذي يشكل العمود الفقري للتحليل الفرويدي لا لأنه يمتلك القوة الشفائية بل لأن تحقيقه يؤشر أقصى حدود الاستغراق في عالم اللاشعور . وعندما يتم تقبل العصاب المتحول كلياً بمكاملته في حياة الفرد ، أي عندما تدرس كل رغبات المريض بالتحليل المتكرر يقال إن التحليل قد اكتمل فيوقف .

تقوم القوة الشفائية للتحليل النفسي في القاعدة القديمة ، « إعرف نفسك » ليس لأن على المعرفة المذكورة أن تكون مفيدة ، إذ غالباً ما تكون مؤذية بل لأن نجاح الذات في تحقيق المعرفة المذكورة يؤشر تطبعها وتكيفها وتحولها إلى ذات ملدنة أكثر صدقاً وأقدر على تسلم زمام ذاتها بكل صيغها الداخلية .

يعد علاج التحليل النفسي أقل ضجة شعبية من سائر ضروب العلاج

الأخرىٰ . فالناس عموماً يرفضون التسليم بصحته وجدواه رفضهم لتسليم ذواتهم له . وللناس في رفضهم المذكور أسبابهم ، فهم يعرفون أن معرفة الذات بذاتها يفرض تطبيع الذات وتحويلها من حال إلى حال أخرى . والناس يرفضون فعل التطبيع لأنه يطلق « النيران » ، ليس فقط نيران الرغبات المكبوتة ، بل نيران الرغبات التي تطلق فعلاً في علاقة استرقاق مع شخص آخر التزم بألا يترك تلك الرغبات تروىٰ ليس لأسباب خلقية بل لخوفه بأن يجرّ الارواء إلى تشديد الكبت وإيقاف العلاقة العلاجية . وإذ إن الرغبة الراهنة لا تشكل مادة الفكر اللاشعوري بقدر ما تشكله الذاكرة أو آثارها ، فإن الارواء الجزئي للرغبات الراهنة المفلتة ، من جانب المحلل وليس من جانب موضوع الرغبة القديم يثير التوتر في النزوة المكبوتة مما يدفع إلى تشديد كبتها ، أي إلى عرقلة فعل العلاج لنفور المريض منه .

لاحظ فرويد في الأيام الأولى لممارسته لطريقته أن الحسن عدو الأحسن وعرف أن الناس كانوا راغبين تماماً لتقبل عطية وسيطة كبديل لرفع كل الستر عن ذواتهم . فحالما تخف وطأة معاناة الناس ، ينقلبون ضد ما سبق أن أتاحوه حول ذواتهم ، ويصبحون متلهفين لتجنب المزيد من الكشف عن ذواتهم . ويحدث تحقيقاً للتلهف التجنبي المذكور ، أن يطلق هؤلاء العنان لأكثر ضروب تهديم الذات . كل ذلك بغية تجنب وعي أعماقهم اللاشعورية .

تكفي الواقعة الأخيرة وحدها لتنفير الناس من أي علاج يهدف إلى تدجين اللاشعور . يبقى ، رغم ذلك ، التفسير الكامل لعدم شعبية علاج التحليل النفسي أمراً صعباً تماماً . الواقع أن الناس يعانون في حياتهم الكثير من المشكلات الخاصة التي تتشابك فيها الميول العصابية مع عدد كبير من القوى المحيطية . وأن للناس كل الحق في البحث عن حل لتلك المشكلات من خلال أطر المساقات اليومية لحياتهم . لكن ليس للناس سوى سبب خاص أو معين يدفعهم إلى السعي إلى التحليل النفسي الذي يوفر لهم معرفة كاملة بالذات . يرجع السبب الخاص أو المعين كلياً إلى قيم الفرد الخاصة ،

وهي قيم تتباين باختلاف مشارب عامة الناس . ثم إن العلاج الفرويدي ينفي ، على وجه الخصوص ، أن يكون من أهدافه الحل السريع للكرب النازل بالفرد . على النقيض من ذلك ، فإن العلاج الفرويدي يجعل حال المريض الراهنة أسوأ كثيراً مما كانت عليه قبل بدء التحليل النفسي وذلك بغية تحقيق أهدافه البعيدة المدى . ليس عجيباً ، والحال كذلك ، أن يفضل الناس الصيغ العلاجية البديلة وأن يروا العلاج الفرويدي أقل أهمية ونجعاً من طرق العلاج التي توفرها المذاهب أو المدارس الأخرى .



١١

العلاج النفسي

دفعت الوقائع السابقة المشار إليها البعض إلى تعديل طريقة التحليل النفسي للعلاج وإقامة ما يسمى بالعلاج النفسي [١] . يتمحور الاختلاف الأساسي بين المنهجين حول دور المحلل الذي يسمى هنا بالمعالج والذي بدلاً من أن يقف بعيداً عن متناول عين المريض يشجعه على « نشر » الأفكار اللاشعورية ، يجابه المريض مباشرة دافعاً به إلى تركيز انتباهه في مشكلات خاصة من الحياة . يقابل المريض معالجه أقل كثيراً مما يقابل المريض محلله ، الأمر الذي يجعل العلاج أقل من أن يكون غاية في ذاته ، وأكثر انشغالاً بحوادث الحياة اليومية . ثم إن المريض هنا يجلس منتصباً أو بصورة عادية ، وينخرط في حوار مع المعالج بدل أن يستلقي مع طيوفه الخاصة . فتتلقى مشاكل الحياة اليومية ، كالشغل وحياة الأسرة والعلاقات الإنسانية الأخرى النصيب الأوفر من الانتباه خلال حوار المعالج لمريضه .

يمكن للعلاج المذكور أن يسمى بعلاج التحليل النفسي ، إذا قام ما يجري فيه على المبادىء الفرويدية ، وإذا هو تبنى بعضاً من أهداف التحليل النفسي . لكن ذلك يجعلنا نقف في أرض لا صاحب لها ، أو في أرض أي إنسان ، ذلك لأن الشرطين المحددين من قبل في غاية العمومية أو على قدر كبير من الميوعة مما يسمح بإقامة تشكيلة لا تحصى من مناهج العلاج التي

(1) Dewald, P., Psychotherapy, A Dynamic Approach, Blackwell, 1964. Tarachow, S., an Introduction to Psychotherapy, Hogarth, 1964.

بتحقيقها للشرطين المذكورين يمكن أن ترسو في إطار العلاج النفسي الفرويدي والتي بسبب الميوعة المذكورة تترك باباً عريضاً للتأثر بشخصية المعالج ، وبالتالي للاختلاف والتنوع والبعد عن نفس العلاج الفرويدي . ثم إن إزاحة محور العلاج عن اللاشعور إلى مشاكل الحياة اليومية انتقال نوعي في طبيعة العلاج يفرض ثغرة نوعية مماثلة في أهدافه . فلا يعقل لأهداف العلاج الخلاق الجديد الذي يرفع « مشرطه » عن اللاشعور وينزله بوقائع الحياة الخارجية والذي يبدل الطبيعة الحقيقية لعلاقة المريض بالمعالج ، أن تبقى مماثلة أو حتى مناظرة لأهداف والدها علاج التحليل النفسي . يقربنا ذلك ، بشكلٍ لا مناص منه مما يسمى الفرويدية الجديدة التي سنفرد لها فصلاً خاصاً .

يمكن تلخيص موقف فرويد بصدد محاور العلاج بالتالي :

١ ـ أنه علاج نفسي صرف متميز من العلاج العضوي والاجتماعي . يجعل العلاج المذكور من التجربة الداخلية والمخيلة « الحوادث الحاسمة » . وتختلف الحوادث الحاسمة هنا عن نظريتها في عالم الطبيعة أو في عالم الناس الآخرين .

٢ ـ يقام العلاج النفسي على وجهة نظر نفسية ينتظم السلوك وفقها ، بشكل حاسم وجذري ، في إطار الأفكار اللاشعورية المكبوتة التي تقوم بدورها على الرغبات الجسمية الطفلية . يعد هذا بحق مفهوم فرويد للجنسية الطفلية وعدها أساس الكبت . يتضمن المحور الحالي نقطة هامة أشير إليها بصفة « حاسم » ويقوم بصددها الكثير من الغموض والتشويش . لم يسبق لفرويد قط أن تبنى المبدأ التافه القائل بتحدد السلوك باللاشعور وحده ، بل أكد أن السلوك ينجم عن تأثير الرغبات اللاشعورية في واقع معين . ففرويد يرى أن السلوك يتشكل في منطقة الحدود التي تفصل الأفكار اللاشعورية عن الأفكار الشعورية والتي تعمل أخيراً على تسجيل العالم الموضوعي . تتصف منطقة الحدود بأنها فطرية لأن اللاشعور لا يرجع إطلاقاً إلى حظيرة نقيضه الشعور بسبب الكبت . لهذا ، يمكن وصف فكر فرويد بالجدلي بمعنى أن السلوك

يتكون نتيجة لكل صيغ التجربة وليس نتيجة لواحد أو لآخر من عناصرها . يحتاج اللاشعور إلى انتباه خاص ، لأنه ، وفي ظل ظروف الحياة اليومية ، لا يلقى انتباهاً ذا شأن . ليس التحليل النفسي ، والحال كذلك ، سوى صيغة من انتباه بديل أو مصنوع .

ينفي تأكيد الجدلية بين اللاشعور والشعور الحتمية الصارمة التي نسبت لفرويد والتي تؤكد أن أي شيء نعمله يتحدد باللاشعور . حقاً إن الأفكار محددة لكن ليس بطريقة خطية مستقيمة. يعلم التحليل النفسي الفرد أن سلوكه أكثر تعقيداً مما وصف ، ولسوف نتعلم ، كما أشار فرويد ، أنه أكثر خلقية وسرية مما يبدو . لا تفعل المعرفة المذكورة للفرد أكثر من زيادة عدد الاختيارات في متناوله . هكذا تكون النتيجة العملية للحتمية الفرويدية إقامة الحرية بالضرورة ، الأمر الذي يوسع مدى تطبيق المعايير الخلقية لتشمل كل الشخص المعالج الذي يكون لاشعوره حاضراً تماماً ، والذي يختلف فعلاً عن حاله قبل التحليل في مدى حكمه الشعوري وحذاقة ذلك الحكم . وللسبب نفسه تعلق الأحكام الخلقية خلال ساعات التحليل لإطلاق العنان لكامل قوة الدوافع اللاشعورية بطريقة ترفض في الحياة اليومية العادية .

يعطى الشرير اعترافاً كاملاً في الفكر الفرويدي . وما على الشرير ، الذي هو المفهوم القديم للاشعور فرويد ، إلا أن يترك قفصه بسبب الدور الرزين للمحلل وتوقفه عن كل فعالية خلال التحليل . أو في أقل الأحوال تفتح أبواب القفص أمام الشرير .

وبالرغم من أن التحليل النفسي نظرية نفسية بكل معنى الكلمة ، فإنها ، وكما لوحظ قبل قليل ، نظرية جدلية ، فينحل جدلها ، تفاعلاً بين القوى العضوية والإجتماعية العاملة على النفس . يتمثل العضوي بالسوائق والجنسي والعدواني ذوات المصدر الجسمي ، وفي الموقف الطفلي الإتكالي الذي يقود لنرجسيتنا العنيدة . أما الإجتماعي فيتسرب عبر الأسرة التي يتم بتبيؤنا لها في العقدة الأوديبية في نفس الوقت الذي نتطلع خارجاً صوب المجتمع . تتكون العناصر الداخلية للذات طبقاً للفرويدية اذن ، من الناس

الفعليين والأدوار الحقيقية للواقع الخارجي بعد طيهم للداخل . لكن على فعل الطي أن يأخذ بالحسبان قوانين السوائق العضوية . لذلك فإن ما داخل ذواتنا مما يلعب دوراً في كل ظواهـرنا العصابية لا يعكس بصورة بسيطة ، قط ، القوانين اليومية للحياة الاجتماعية أو العضوية لأنه مختلف عن كليهما برغم صدوره عنهما .

يجب الحذر من تمييع المكانة الخاصة للواقعية النفسية أو تغييمها بأي نوع من التفاسير الرفيعة أو الخارقة . لقد كان فرويد في مخيم العلم تماماً ، وكانت مهمته اكتشاف المنطقة العقلية المجهولة باستخدام المبادىء العلمية للتفسير والإيضاح . فإن كانت لذاك التعرف على تلك المنطقة تأثير علاجية فهي ليست تأثير بسيطة أو واضحة فقد تكون رجراجة حقاً تثير الشكوك في أساس النظام الاجتماعي . لقد وعى فرويد تلك الشكوك وعبر عن ذلك بملاحظته حال وصوله إلى الولايات المتحدة من أنه يمكن لأفكاره أن تحتضن هناك ، « لكن الناس لا يعرفون سوى القليل من أنني أحمل لهم الطاعون » .

١٢

بين التحليل النفسي والعلاج التحليلي

ذهبت ، وربما إلى غير رجعة ، الأيام التي وصف بها التحليل النفسي لعلاج كل الإضطرابات الإنفعالية . تصدق هذه الحقيقة بصدد كل ضروب العلاج الأخرى [1] . لذلك ترانا نطرح هنا دليلاً تخطيطياً يمكن القارىء من فهم التحليل النفسي واستخدامه في الحالات والمواقف الملائمة له .

يصعب تحديد مدى استخدام إجراء علاج التحليل النفسي . إلا أن من الممكن إقرار الأحكام التالية بصورة جد مبدئية . لا يزال التحليل النفسي التقليدي وبكل أبعاده يستخدم بنفس شدة استخدامه، وربما بشدة أكبر قليلاً من نظيرتها لحقبة مضت . غير أن نسبة الوقت المستنفد في العلاج التقليدي قد انخفضت كثيراً . وربما استأثرت الفرويدية الجديدة بالنصيب الأكبر من ذلك الوقت . علاوة على أن الفرويدية الجديـدة تسم كل الأفـراد الذين تصنعهم أكثر برامج التدريب سواء منهم المعالجون أو السريريون أو العمال الإجتماعيون . فإذا ما تحدث أحد الناس عن زيارة المعالج أو المحلل أو الطبيب النفسي أو « غاسل الدماغ » كان يعني بالضرورة والواقع واحداً من المهنيين الموسوم بتلك النزعة . إن العبارة الأخيرة تترك الكثير دون إيضاح .

تبذل جهود هامة لتوسيع مدى التحليل النفسي وتحديد المشكلات التي يتصدى لها إلا أن العلاج المذكور يبقى أكثر نجعاً في المشكلات العصابية منه

(1) Brown, J. A. C., Freud and the Post Freudians, Penguin, 1974. Kovel, J., A Complete Guide to therapy. Pelican books, 1981.

في الذهانية أو في حالات الإضطراب الأكثر حدة من مثل الإدمان الكحولي الذي يُفلت حياة الفرد من زمام السيطرة . ولا يوصىٰ بالتحليل النفسي للمواقف التي ترتبط فيها المشكلات الحادة بالتغير المفاجىء في المحيط ، وأكثر ما يوصىٰ به للمشكلات العصابية التي تضم الصعوبات الجنسية واضطرابات المزاج والإضطراب العام في العلاقات الشخصية ، أو الأعراض التقليدية المائعة والمزمنة والتي تدرك ذاتياً . يرجع السبب في التخصيص المذكور إلى كون العصابات الموصى بها تعانىٰ شيئاً داخل الذات وليس شيئاً بين الذات وبقية العالم .

يستفيد من علاج التحليل النفسي الفرد الذي يمتلك قدرة لغوية معقولة إلى جانب قدرته على إقامة العلاقات مع الآخرين وقيادة حياة مستقرة . ربما يكون امتلاك الفرد لفضول أصيل بصدد الذات وللقدرة على احتمال الغبن ، وخاصة ما يرجع منه لمشاعر التحويل المؤلمة التي يستحيل ارواؤها أكثر أهمية من كل ما سبق . أما إذا كانت حياة الفرد تتطلب إجابات سريعة وغير غامضة فلا ينصح بالعلاج بالتحليل النفسي .

للتحليل النفسي هدف مزدوج يتمثل جانبه الأول من وجهة النظر السريرية بإزالة الأساس التحتي للسلوك العصابي ، مما يعني ، بالضرورة ، عدم مبالاة العلاج المذكور بالتغيير الواعي أو بتغيير الأعراض شأن بقية ضروب العلاج الأخرى . أما الجانب الثاني للهدف فيقوم في توفير ظاهرة الإنعكاس على الذات أو خلقها وتعظيمها بحيث يستطيع الفرد الإستمرار في ممارسة مسؤوليته الذاتية . فالهدف الأكبر ، إذن ، هو السيطرة على الرغبات العصابية بحملها إلى ساحة جدل الإنعكاس .

يصعب تحديد تحقيق الأهداف والفائدة المتوقعة ، إذ لا يمكن تحديد حجم الحصيلة العلاجية إلا على أسس فردية ذاتية ، وإذ يتوقف الكثير على قدرة المريض على إقامة علاقة وظيفية مع المحلل . يستطيع التحليل النفسي والعلاج التحليلي توفير درجة من الإيضاح والإحساس بالراحة المرتبط بواقعة أنه « قد أصغى إليّ بجدية وأهمية » . لكن هذا لا ينعي قيام نتائج مستهجنة

وهي نوعان : (١) إهمال التغيرات اللازمة في العالم الخارجي لصالح اكتشاف الحيز الذاتي و (٢) حال الركود الذي لا نهاية له والمرتبط بإرواء حاجات التحويل الإتكالية في فعل العلاج ذاته . تتأثر حال الركود بالتذهينية المفرطة التي تعرقل عمل اللغة أو ما يعد بحق الوسيط الأساسي بل والوحيد للعمل التحليلي ، وبالدفاعية التي تستخدم لإرواء الرغبات الخبيئة والمجهولة من المحلل .

هل من الأفضل أن يكون المعالج أكثر واقعية ؟ غالباً ما يطلق الناس هذا السؤال ناسين صعوبة أو حتى استحالة تحديد ما هو واقعي في العلاقات الإنسانية ببساطة . والحال أن هناك العديد من الوقائع الإنسانية التي لا يقام سوى القليل منها في أية علاقة . والغالب أن تعني كلمة واقعية كما طرحت في السؤال ، الود والدفء والطواعية في كشف الذات وهي صفات مرغوبة ومستحسنة في السلوك الإجتماعي اليومي .

تثمن الواقعية الإنسانية المشار إليها غالياً جداً ويمكن أن تكون لها آثار علاجية ناجعة في بعض الحالات . إلا أن هناك أنماط ارتباط واقعية أخرى ثمينة أيضاً وذلك مثل التلقي الهادىء الذي يخلق عدداً متبايناً من الآثار المفيدة في بعض الحالات المرضية ، وخاصة عندما يكون للتحليل النفسي هدف محدد يسعى إلى تحقيقه . يرمي التلقي التحليلي إلى تحويل العلاقة باتجاه الإنعكاس على الذات من جانب المريض ، وهو ما يهدف إليه التحليل النفسي بصورة واضحة ومحددة . تقوم في نفس الوقت علاقة شديدة العمق بين زوج التناظر الهادىء وتحلل . من نافلة القول ، الإشارة إلى أنه لا يجوز جعل تحفظات المحلل غطاء يفسر بأنه تجمد أو إمساك أو قسوة . فثمة الكثير من المعايير المقامة للحيلولة دون الأخذ بالتفسير المذكور على الرغم من فشل تلك المعايير في فرض نفسها أحياناً . وأنه حتى عندما لا يمسك المريض نفسه بموقف واضح السادية ، فإنه غالباً ما يشعر به وذلك بسبب طبيعة التحويل التي ليست سوى عصاب معتق وموجه إلى الخارج . وهذا هو بالذات التوتر الذي على المحلل أن يتوقعه ويعمل عليه إنْ كان للعلاج أن يجدي . يميل

المعالج في العلاج التحليلي ، لأن يبقى ، من طرف آخر ، في المقام الأول أكثر واقعية واجتماعية ومعننة (المعنى) دون أن يبادله المريض سلوكه كما يحدث الأمر في حال الصداقة ، إذ إن علاقته الوظيفية بالمريض ليست صداقة في الأصل .

لا يجب لأحد أن يدخل العلاج إنْ لم يكن راغباً في إبداء التزام صريح واضح بذلـك . ذلك لأن كشف اللاشعور يتطلب وقتاً قد يبلغ خمس سنوات . ولما كان على المرء أن يكرس للعلاج ثلاث أو أربع زيارات في الأسبوع فإن عليه أن يتوقع دفع نفقات باهظة . لهذا السبب يحاول بعض المعالجين تخفيض أجرة الزيارة الأسبوعية إلى حدود معقولة وممكنة .

يستحيل أن يكون التمييز قاطعاً أو مطلقاً بين التحليل النفسي والعلاج التحليلي ؟ فغالباً ما تعد بعض حالات العلاج التي تجابه والمريض جالس لمرتين في الأسبوع تحليلاً كامل البعد ، في حين تبقى حالات أخرى يعالج فيها المريض على الأريكة ولخمس مرات في الأسبوع مجرد تحليل علاجي . هل يتوقف أحد الإجراءين على الآخر ؟

غالباً ما ترشق أرفع الإعتبارات والقيم بالإجراء المكثف ، إلا أن ذلك لا يشكل مؤشراً مشروعاً على القيمة الحقيقية للعلاج . ثم إنه يمكن تحقيق الكثير من الأهداف المشروعة ، ولو كانت مختلفة لكلتا الصيغتين . أما القيمة فتتوقف على مدى تحقيق الأهداف المشار إليها .

١٣

الفرويدية الجديدة

ليس تعبير الفرويدية الجديدة بالسعيد المحظوظ، لا بسبب ميل المدرسة للإنسلاخ بالهوية الخاصة التي حققتها فحسب، بل وأيضاً بسبب بقائها في نفس ظلال السيد التي انسلخت عنه. فلقد علق الفرويديون الجدد أو أمسكوا في موقعهم السيء، وإنني أخشى أن يعمل عرضي الراهن على الإساءة لهؤلاء وظلمهم ذلك لأنني كومت معاً أشهر أنصار التحليل الفرويدي الجديد أمثال أدلروارنك وهورناي وساليفان وفروم. دافعي إلى التكويم المذكور، هو، قبل كل شيء، تعدد انصار تلك المدرسة بحيث يستحيل إفراد بحث خاص بكل منهم. وهم يمثلون جهداً متبايناً لأشخاص أقوياء حاول كل منهم وسْم عمله بفرديته الخاصة فطرح عددا ملحوظاً من المفاهيم المتميزة الجديدة في كتابات واسعة مكثفة، يفضي تلخيصها إلى إغراق القارىء بتفاصيل مذهلة مما يؤدي إلى ضياع مفتاح المشكلة[١]. غير أن تلك المدارس وبكل تنوعها وتباينها قد أرست بعض الافتراضات الأساسية ومثلت نمطاً متميزاً من العلاج يختلف فيه واحدهم عن الآخر بدرجة تكبر أو تصغر، لكنه يبقى يحافظ على ميزاته الخاصة المشتركة. وهنا يجب أن يلاحظ أن أدلر أتى قبلهم جميعاً وبدأ الزخم الأساسي لأفكار الفرويدية الجديدة. وعلى الرغم من ضخامة تأثير أدلر فإنه بقي هامشياً وذلك بسبب عجزه عن إرساء صياغة منهجية لأفكاره أو عن إقامة مدرسة مستقلة[٢].

---

(1) Ford, D. et. al. Systems of Psychotherapy, A Comparative study. Wilex, 1964
Monroe, R.: Schods of Psycho analysis Thought, N. Y: 1955.

(2) Ellenberger, H., The Discovery of the Unconscious, Allen Lane, 1970.

يرجع اسم المدرسة إلى إنسلاخها عن الفرويدية التقليدية بسبب عدم رضاها عن كل أفكارها ومبادئها[1]. لا يجب عدّ إرجاع أسباب ثورة الفرويدية الجديدة على نظيرتها التقليدية استطالة مباشرة لنظرية مجددة أو لممارسات موضوعية أو لضروب من التردد والتحدي والعناد ترجع إلى الرغبة في مجرد الإنسلاخ عن حظيرة النظرية الأم. فالخلاف بين الشخصيات والأفكار في الحركة التي كانت «تحول» فكر القرن العشرين من الغنى والتعقيد بحيث يند على التبسيط إرضاء لعقائدية معينة. ويصعب هنا إقامة أي قدر من العدل بالنسبة للحروب التي أقلقت التحليل النفسي لأن ذلك قد يحرفنا عن غرضنا ولأن الكتابة العادلة والكاملة لتاريخ التحليل النفسي لم تقم بعد إذ مازال الكثير من أعمال فرويد راقداً في مكان ما من أقبية المكتبات الضخمة وقد لا يتيسر للناس فحصها إلا بعد عدد من السنين يطول أو يقصر. قد ينجم القصور المذكور عن كون بعض مناضلي الحركة مازالوا أحياء إلا أنه يلمح إلى واقع يعاني منه التحليل النفسي وهو تورطه بالنزاعات الإنقسامية المرتبطة بالسرية والكبرياء التي نسبت إلى فرويد.

ومهما كانت الحال التي آل إليها التحليل النفسي، فإنه لم يكن ومنذ أيامه الأولى، عملاً يجذب الجبان والمبتذل، بل إن أكثر رواده كانوا أفراداً قلعتهم المحن والعواصف، وكل ما نعرفه عن فرويد نفسه أنه ما كان يوماً ملاكاً بل عبقرياً بطلاً يثير طبعه، شأن عمله، الحدود المتطرفة من الولاء والثورة في اتباعه [2] . والواقع أن المشكلات الشخصية والعقائدية عاشت معاً في حقل التحليل النفسي حيث تكون شخصية المحلل ذاتها أداة معرفته.

---

(١) ثمة ، في هذا الصدد ، عالم سياسي رابع ، تتحدد هويات الفرويديين الجدد بعضويتهم في رابطة التحليل النفسي ، أو بصورة أدق برابطة علماء النفس الأمريكيين .

قامت التصدعات عبر السنين ضمن هاتين المؤسستين إذ شكل العديد من مدارس الفرويدية الجديدة رابطاتهم الخاصة، وكذلك على سبيل المثال لا الحصر، رابطة وليم هوايت (سليفاني النزعة) ورابطة كارين هورناي.

(٢) أنظر الفصل الخامس عشر والسادس عشر.

يتلخص المفتاح المميز عن فرويد الذي تبلور حوله كل ممثلي الفرويدية الجديدة بالتالي:

١ ـ رفض نظرية فرويد بصدد السائق الغريزي، والمعروفة بنظرية الليبيدو.
٢ ـ التأكيد المكمل للبيجتماعية أو ما يسمىٰ بالعلاقات بين الأفراد أو تأثير الآخرين في العالم المحيط بالفرد.
٣ ـ الاهتمام بجوانب من الحياة الذهنية التي تعكس عالم بين الأفراد وبتنسيقه مع التأكيدين الأولين. يقصد بذلك إثبات الذات ومشاعر قيمة الذات والأمن وسوى ذلك.
٤ ـ تعديلات تجاربية تعكس التحولات النظرية المشار إليها.

لا تنفي نقط الاختلاف الأربعة السابقة الحفاظ على الكثير من الفكر الفرويدي التقليدي في الفرويدية الجديدة، وذلك مثل الصراع داخل الذات وأهمية النمو وتجارب الطفولة، وعد العصابات عناصر طفلية غير متمثلة، وتشكيل التحليل، أي حلحلة التجربة القائمة إلى عناصرها العصابية بواسطة الكشف اللفظي وعد ذلك الوسيلة الأساسية للتدخل العلاجي. إلا أن هناك تحول في البؤرة وفي التأكيد خلال المحاور التي منها تبرز صورة إنسانية تختلف بوضوح عن نظيرتها لدى فرويد.

فإنسان الفرويدية الجديدة مخلوق أقل إتكالية وأكثر مباشرية في احتكاكه بمحيطه، وأقل سراً وأكثر أملاً من نظيره الفرويدي التقليدي. لذلك قامت الضرورة النظرية للحط من نظرية فرويد في الليبيدو بغية إقامة قوة بذات الشدة تصفها هورناي بشكل عام «بالدأب السوي نحو تحقيق الذت». فهناك بإيجاز، ذات حقيقية تتكون من الإمكانات الفردية الخاصة للكائن البشري، وتشمل قوى حية فريدة إلى جانب القوة المركزية الداخلية القائمة لدى الكائنات البشرية بشكل فريد لدى كل منهم، والتي هي المصدر العميق للنمو[١].

---

(1) Horney, K., Neurosis and Human Grouwth. Routledge. 1951, Horney, K. the Neurotic Personality of our time. Routledge - 1952.

ينجم عن الوضع الأولي المفترض في منظومة الذات أن ينجو دور القوى الجنسية الطفلية التي حمّلها فرويد القدر الكبير من السببية النفسية. فساليفان الذي تعدّ نظريته أكثر نظيراتها منهجية، يتجنب مفهوم الليبيدو كلياً ويناقش الجنسية في إطار «زخمية الشهوة». يعني ساليفيان بالشهوة واحداً من عدد من أنماط تحول الطاقة «تنشأ في العضوية النامية وتسلم نفسها للتعديل الشديد بالتجربة وتتفاعل فيما بينها. أهم شيء بصدد زخمية الشهوة تصادمها مع زخميات أخرى تتحلق حول الحاجة إلى الأمن والإلفة. وفي تلك التصارعات لا تعطى القوة الجنسية أو الشهوة أية مكانة خاصة كالتي حباها بها فرويد عندما أكد أن الجنسية الطفلية تتعرض لكبت أساسي. تعمد الفرويدية الجديدة، بدل ذلك، إلى عد التأثير الاجتماعي المباشر عامة والعلاقات بين الأفراد خاصة القوى الأساسية. يجعل ساليفان من حاجات الأمن، وهورناي من منظومة الاعتزاز وجانبها الشعوري المعروف بقيمة الذات، المحركات الأولية للفرد مخضعين بذلك الجنس للاهتمامات الإجتماعية.

يكشف الفحص الدقيق أن الفرويديين الجدد والتقليديين لا يتحدثون الشيء نفسه في مجال الجنسية. كتب ساليفان يقول: ليست الشهوة لديّ كفاحاً كبيراً منتشراً لليبيدو أو لغيره، بل إنها، ببساطة، الجانب المشعور به من سائق الأعضاء الجنسية؛ «العدة» الجنسية[1]. الفروق بين الرأيين هنا بالغة حقاً، إذ لا يزيد الأمر لدى ساليفان عن الجوانب المشعور بها من الجنس. وأما ما نظره فرويد فيختلف الى درجة مذهلة: منظومة جنسية لا شعورية منفصمة ومكبوتة، ليس في مثل ذاك الليبيدو الذي هو مفهوم نظري مجرد يختلف عن التمركز المشخص لاهتمام فرويد، بل من تخيلات تشمل أي مظهر جنسي للجسم، أرّخت ماضي الفرد الضائع كما مُثِّل جسمياً.

ليس الجنس ما يميز فرويد عن الفرويديين الجدد بل مفاهيم الكبت والفكر اللاشعوري التي تعاني ضعفاً نسبياً في الفرويدية الجديدة إزاء قوة

(1) Sullivan, H. S., The Interpersonal Theory of Psychiatry, P. 299, Tavistock, 1955.

العلاقة المباشرة مع المحيط وبين الأفراد. لدينا هنا وجهة نظر تسلم نفسها لتفسير تفاؤلي للموقف الإنساني، حيث يكون للتجربة الطفلية المحسنة مثل زيادة حب الوالدين وتقبلهم وثبات علاقتهم بالصغير، تأثير أكثر نجعاً في مخلوق يتقبل التجربة مباشرة، منها في آخر تتغربل عليه التجربة عبر وسيط من التخيلات اللاشعورية.

وهذا صحيح تماماً بمعنى أن فرويد اعتقد أن التخيلات المكبوتة تتشكل في حال من الرعب والتوق المستحيل، مما يجعلها منذ البدء تنفر من أية خدمة مقيّدة للعالم الخارجي. تصور فرويد الإنسان مماثلاً إلى حد ما لرجل السراديب المظلمة عند دوستويفسكي، الذي رأى الكثير وسيجه وغدا عاجزاً عن المسامحة بسبب نسيانه فضرب عليه ان يعيش مع مصادر غضبه وحقده. ان لدى فرويد مفهوماً أساسياً عن الشر الإنساني، وهو مفهوم تجهله الفرويدية الجديدة. يسارع ساليفان، مثلاً، إلى نفي الشر انطلاقاً من تجربته المباشرة، يقول: «إن اهتمامي بفهم وجود ذلك القدر من الشر في الناس يتركز في ملاحظة أن للطفل نوعاً من تجربة مبكرة تماماً تجعل غلّه من زملائه واضحاً. أما عندما لا تكون للطفل أنماط التجربة المشار إليها فلا يكون غله اتجاهاً أساسياً. يرجع ساليفان نزعة الشر في الإنسان الى فشل الأهل في ممارسة مسؤولياتهم الاجتماعية لتربية شخص حسن السلوك والتطبع بالقيم الاجتماعية» (1).

لقد عرضت تلك المواضيع لأن وجهة النظر الأساسية بصدد النظام البشري التي تقبع خلفها تتخطى كثيراً نظرية الفرويدية الجديدة إلى أغلب مناهج العلاج في العالم(2). والواقع أن طبيعة العلاج ذاتها تصدر منطقياً

---

(1) المرجع السابق ص ص : ٢١٤ - ٢١٥ .

(2) الواقع أن الفرويدية تميل صوب الفرويدية الجديدة في نفس الوقت الذي تبقى فيه تتمسك بالجنسية الطفلية وبوجهة نظرها حول اللاشعور وذلك بتعديل وجهة نظر فرويد المعروفة بسيكولوجيا الأنا . ونستطيع القول ، دون الانزلاق الى التفاصيل ، أن الأنا هنا علاقة نشطة مع الواقع الخارجي وتدخل الصراع كقوة مستقلة الى جانب =

وتلقائياً من وجهة النظر الأساسية في الطبيعة البشرية. فإن نجم الشر في الناس مباشرة من تجربة السوء، فلن يكون العلاج في جوهره أكثر من تجربة الخير المصححة.

يتعرف الفرويديون الجدد على تلك الحيقة في أساليبهم التي تلقي أثقل عبء على العلاقة الفعلية مع المحلل كاعتاق للعلاقات الماضية والخارجية. لهذا تكون العلاقة بصدد اكتشاف العقل اللاشعوري أقل أهمية وأضعف صيغة وبنية. يعوز العلاج، إذن، التأكيد الحازم على القاعدة التقليدية، إذ إن محلل الفرويدية الجديدة لا يني يتدخل مقاطعاً المريض. وبالرغم من أن للماضي أثره في النظرية، فإن الممارسات العلاجية تُشد باتجاه «الآن وهنا»، وكما أكد أدلر، بعيداً صوب أهداف المريض وكفاحه الفعال. تختبىء، نتيجة ذلك، التحليلات النكوصية ويضؤل دور المحلل المجرد أو غير الشخصي ويميل العلاج لأن يكون اقصر واجلب للتغيير المتميز الواضح وتغدو أساليب العيش وأفانينه، أو ما نسميه، بالتكيف مع العالم، ومشاعر تقدير الذات المرتبطة بالتكيف المذكور؛ المحور الأساسي للتغير.

يميل مفهوم الفرويدية الجديدة في التحليل للإنصهار في العلاج النفسي الذي نجم عن أسلوب الفرويدية التقليدية، إلا أن نهج الفرويدية الجديدة أكثر انتقائية وأقل صرامة نظرية من نظيره للفرويدية التقليدية التي تشجع التحول العصابي وتكتشف العقل الباطن. تستطيع الفرويدية الجديدة التي يعوزها الهدف المذكور أن تعمل بسرعة ومرونة على توسيع طريقتها لتشمل العلاج الفئوي شمولها للعلاج الفردي، مثلاً، مما يضخم، بالتأكيد، البعد «بين الفردي» الذي يوفر السبيل لإقامة المنهج الفئوي الذي سوف ندرسه بعد قليل.

تُعدّ الفرويدية الجديدة مدرسة هامة لها تأثيرها الكبير في عوالم العلاج النفسي والعمل الاجتماعي والتربية. يتوجه زخمها للإقلال من أهمية المكبوت

= السواثق. يمكن، إذن، وصف الفروق بين «مواقع» التحليل النفسي بمدى «العجز» المقعد المسقط على كل من أبطال الصراع.

وللتركيز في العوامل بين الفردية. لذلك تبقى الفرويدية الجديدة نظاماً علاجياً يلقي كامل ثقله بصورة إيجابية ومستقيمة تتفق والمسار النفسي الاجتماعي خلافاً للجدلية الفرويدية التي تتصف بالتعقيد والالتفافات الجانبية المماشية للجدلية.

١٤

بين مدارس الفرويدية الجديدة

تشير كلمة «بين» هنا إلى الفروق الدالة بين مختلف مدارس الفرويدية الجديدة. يختلف العلاج في الفرويدية الجديدة كثيراً، إذ يمارسه اشخاص، من جماعة ساليفان لا تتميز أعمالهم عن التحليل النفسي الفرويدي التقليدي، وتصدق فيهم النصيحة العملية التي أكدت في نهاية الفصل السابق. أما القطب الآخر المناقض من ممارسي علاج الفرويدية الجديدة فأناس ينشغلون بكل أنواع المشارب النظرية وبالتجارب الزاهية التي تشمل ترتيبات العيش المشترك للمعالج والمريض في وحدات شبه جماعية. ثم إن كل المدارس تتعرض لنمو متذبذب، مما يجعل من الصعب على المرء التنبؤ مسبقاً بما سيواجهه في تحليل الفرويدية الجديدة العلاجي.

يمكن، برغم كل ما سبق، القول بأن اتباع أدلر الذين لا يهتمون بتحليل الحياة اللاشعورية للفرد يمارسون علاجاً فعالاً مركزاً وهادفاً، فإن لرانك أسلوباً أكثر أو أقل بريقاً من سابقه، وإن ليس لفروم، بالرغم من تأثيره، بسبب وجهة نظره الإجتماعية، أسلوباً علاجياً متميزاً[1] وإن اتباع هورناي قد انقسموا عدداً من الفئات التي تطرف بعضها كثيراً، وإن جماعة ساليفان أكثر كل شعب الفرويدية الجديدة انتظاماً منهجياً وتأثيراً خاصة في علاج الذهانات. ومن نافلة القول الاشارة إلى أن ما قلناه لا يعني أحكاماً محددة ونهائية. من الممكن إقامة دليل مبدئي للتتابع النسقي لمدارس التحليل

(1) Fromm, E., Man for Himself, Routledge, 1971.

على امتداد المنحى التعاقبي: فرويد، ساليفان، هورناي، أدلر، بحيث يتركز اهتمام الطرف الأول من المنحى بتحليل المزع المتباعدة من عناصر التجربة المبكرة ويمتد اهتمام الطرف الأخير إلى الفعالية الكلية الراهنة لمجمل الفرد.

من الصعب الحكم بأن التحول المذكور يعني أن أنواعاً مختلفة من المشكلات تعالج بشكل أفضل في مختلف المناهج، لأن لكل مدرسة حقل تطبيق خُطِّط بصورة ضبابية أو غائمة. قد لا يدور الأمر حول «نوع» عرض المشكلة، بل حول قدرة المريض على النكوص واحتمال الاحباط في وضع الفرويدية التقليدية. فكلما زاد عدم احتمال الفرد لهذا، ازدادت امكانية مساعدته بطرق تؤكد التفاعلات التبادلية الراهنة لمجمل الشخصية وليس بتحليل لما هو عميق ودفين وذلك بصرف النظر عن مشكلته القائمة.

يمكن تلخيص الفروق الرئيسية المنعكسة للتحولات الرئيسية، وذلك بعد إبداء كامل الاعتراف بالتبيانات الضخمة القائمة، وبالتالي، استخدام محدود للأريكة، وعدد أقل من الجلسات الأسبوعية، واعتماد أقل على التداعي الحر مع محاولة نشيطة من جانب المحلل للتدخل، وإيلاء اهتمام أضخم للإتجاهات الخيالية التي بدورها تضيق مدى التخيلات غير الواقعية، الطافية بحرية بسبب طبيعتها ذاتها، واهتمام أكبر لتأكيد الذات ولاعتبار الذات وللكفاح اليومي مع الحاجات المشعور بها.

اترى تكون الفروق المشار إليها بدائل موجزة لذات الهدف؟ اعتقد أن تلك طريقة سيئة لتحديد المشكلة، لأنها تجعل من التحليل الفرويدي التقليدي مضيعة للوقت والمال والجهد وتقيم من الفرويدية الجديدة منافساً كفوء للأول. وإنه لمن الأفضل عدّ التباينات المذكورة تجسيداً لأهداف متباينة تستدعي ممارسات بذات الدرجة من التباين. وإذ إن كل المدارس التحليلية تعد العصاب بنى معقدة متعددة الطبقات فإن السؤال الذي يطرح على كل فرد هو ما إذا كان يود ملاحقة عصابه إلى أعماقه اللاشعورية أو إلى منحى العلاقات الاجتماعية، توفر كل من المدارس توجهاً خاصاً له مساحة تمكن داخلها من إبراز معانيها وتعمل على إرضاء بعض مواقف القيم. وبالرغم من

اعتقادي بأن الفرويدية التقليدية توفر مجابهة أكثر تحديداً، فإنه يعوزني الدليل الإيجابي على ذلك، ولا يؤدي أخذ طبيعة المشكلة بعين العد إلى خلق الدليل المذكور.

ثم إن كل مدرسة تدعي توفير التبصر وممارسة التحويل إلا أن التبصر الموفر يوجه لما ينجح الأسلوب العلاجي في بأورته. وبالمثل فإن اتجاهات التحويل المكثفة والمستخدمة تتباين باختلاف العلاقات المقامة. يعمل المريض من طرف على إسقاط زخم كبير من صور قديمة يثير المحلل الغائب الحاضر في الفرويدية التقليدية. من جهة أخرى ينشغل مريض أدلر بعكس طفلية أكثر نضجاً مع محلل نشيط حاضر جداً. وكما تتعدد علاقاتنا مع كل من أشخاص الماضي وتتنوع فإن تحولاتنا توازي تلك العلاقات عدداً وطبيعة. وقد يماثل العلاج التحليلي الفرويدي بعض أنماط تحليل الفرويدية الجديدة إلى حد ما، لأنه أكبر إيجازاً وأكثر توجيهية من التحليل الفرويدي التقليدي. إلا أن الفروق في التأكيد تبقى قائمة بسبب اهتمام الفرويدية بالجنسية الطفلية المكبوتة مقابل اهتمام الفرويدية الجديدة بالأمن وحاجات الذات.

يبدأ أي ممارس كفوء في أية نظرية مع الشخص الفعلي أمامه، وليس مع النظرية، قد تساعد النظرية ذلك الممارس في اختيار مختلف الأشياء بغية تأكيدها، إلا أن عليه دوماً أن يسعى إلى إيصال تلك الاختيارات الى المريض إنْ أريد أن يكون لها أي تأثير فيه.

يشدنا ختم النقاش إلى الإشارة إلى أهم حسنات الفرويدية الجديدة وأسوأ سيئاتها. من حسناتها انفتاحها الواسع للإبداع والتعبير وتسليمها ذاتها للتدخل الإجتماعي مما يمكن من خلق رصيد علاجي أكثر مرونة ومن توجيهها للمشكلات حيث يلعب الموقف الخارجي أثقل الأدوار.

أما سيئاتها فتقوم في ميلها المضاد للفرويدية التقليدية والمتمثل بالركون لفهم أكثر ضحالة في حالات يمكن للفرد فيها أن ينخرط في تفكير أكثر عمقاً. وهناك تساؤل عما إذا كان جعل التأثير الإجتماعي القوة الرئيسية التي

تجر إلى التساوق والخضوع. ربما كان الأمر كذلك بسبب الوزن الأكبر الموضّع في مجابهة الإتجاهات الخيالية. تتضمن تلك الأحكام دفع «الحصان» باتجاه ما هو «واقعي»، والواقعي تقرره المعايير الاجتماعية وهو الخضوع عينه.

١٥

السيكولوجيا التحليلية

ندخل هنا منطقة مختلفة عن المناطق السابقة بالرغم من بقائنا على صلة وشيجة بلوينات التحليل النفسي . لتحليلية يونج ، بالرغم من أنها لا تشكل سوى جزء صغير من الجهد العلاجي اليوم ، مدى وبعد وتأثير لا يتخطاها من بين كل من دخلوا حركة العلاج سوى فرويد . فلقد امتدت تأثير يونج متجاوزة حدود مفاهيمه الخاصة ومدرسته ، وإنني هنا مهتم بعرض تلك الأفكار بصورة موجزة ، وليس بالأسطورة والرمزية التي تعطي لفكر يونج سحره وتكسبه إذهاله [1] .

تقاوم منظومة فكر يونج التلخيص إلا أن بها افتراضاً واضحاً يجعل التلخيص ممكناً . يقول الإفتراض المذكور بأن العقل البشري يشمل أكثر كثيراً مما توفره التجربة . تتعدد اسماء العقل البشري كما يتصوره يونج ، إلا أن العالم يفضل منها مفهوم اللاشعور الجمعي ويعده أهم المنظومات العقلية ويوليه أولوية سببية . يتحرك يونج باتجاه مضاد لأدلر وللفرويدية الجديدة ، ويتخطى تصور فرويد للاشعور مما يجعل من الصعب حقاً فهم المفكرين الرئيسيين اللذين تشاركا في الكثير من الأفكار واختلفا في الأهداف الأساسية . ومن الأذى لفرويد وليونج معاً ، تسمية عمل الأخير والذي سماه صاحبه بالسيكولوجيا التحليلية ، اشتقاقاً من عمل الأول المعروف بالتحليل

(1) Jung, C. G., Symbols of Transformation. In Collected Work, Vol. V, Routledge, 1956 Jung, C. G.: Man and His Symbols, In Allen, W. H. Penguin, 1964. Jacobi, J., Complex, Archetype and Symbol of C. G. Jung, Routledge, 1959.

النفسي . فالخلاف ليس في مضامين المفردات اللغوية ، اذ يرى يونج أن اللاشعور يغدو ممتعاً ومهماً فقط بعد النقطة التي توقف عندها فرويد .

يبقى عمل فرويد متأصلاً في الواقع التجاربي ، إذ يعمل أسلوبه في التداعي الحر وحياده المتشدد في الموقف التحليلي على بلوغ محتويات المكبوت في اللاشعور وهي محتويات تمثل الحياة الحقيقية للمريض بعد أن أغرقها صراع الرغبات الطبيعية والتوجيه الاجتماعي . يقوم اللاشعور الفرويدي في التجربة ويبقى خلال الكبت خاضعاً لتأثيرها . قد يكون صحيحاً أن فكر فرويد حاد عن منظوره الخاص ، لكنه بقي في إطار المبدأ المذكور [1] .

يعتقد يونج بوجود لا شعور أعمق من نظيره لفرويد ، وينشأ في المسافة القائمة بين الأفراد فيكون « غير فردي » يعكس تاريخ النوع البشري والنظام الكوني كله ويبرز قبل تجربة الفرد . يقوم في اللاشعور الجمعي ما يسميه يونج « بالطرز البدئية » وهي أفكار أسطورية نووية مثل البطل والأم العظمى . تحدث « تغييرات » الطرز البدئية في سيل غزير من رموز تظهر في الأحلام ، وحالات اضطراب الفكر ، وبعض النتاجات الحضارية ، أو عبر ظاهرة يسميها يونج « التحليل النشيط » .

ادّعى يونج أن لديه دليلاً موضوعياً على الطرز البدئية يظهر في التوليد العفوي للرمزية التي لم يسبق للفرد أن خبرها بأي سبيل . فيدرك الفصامي الشمس دولاباً ولهذا نظيره في كتاب قديم نسي أو أهمل . دفع رفض يونج الشديد لأولوية التجربة العادية والسببية المفكر إلى البحث عن تعبيرات اللاشعور الجمعي في مجالات تعد اليوم غامضة وسحرية من مثل الكيمياء القديمة والأديان الشرقية والصحون الطائرة وسواها من أمثالها . إستطاع يونج باعتقاده بالوجود البارز المؤثر والفعال للقوى غير الفردية استخدامها مبدأ

(١) يشدد فرويد على الاعتقاد ، بأن بعض المنظومات ، من مثل عقدة أوديب ، أصيلة الجذور لتوضعها في المورثات البشرية نتيجة للمعاناة العريقة التي ترجع الى ما قبل التاريخ .

للتفسير والإيضاح ، أو شيئاً دفع إلى حدوث أشياء أخرى ، شيئاً يحمل جرثومة خلق المستقبل .

عد يونج مفهوم فرويد عن اللاشعور الشخصي وتعقيداته تافهاً مبتذلاً لا يجب أن يلقى له بال ، كما عد الأشياء الشخصية الأخرى مثل « الميل إلى المحارم » والمواقف الطفلية الأخرى سطحية تماماً ، إذ إن اللاشعور يضم حقاً حوادث جمعية عظيمة في وقت من الأوقات . ففي الشعور الجمعي للفرد يجيء التاريخ نفسه (1) .

يبدو منطقياً في تلك الأطر الرفيعة أن يتضاءل تفكير يونج واهتمامه بالنمو الطفلي وبالصراعات داخل الذات بين الرغبات والقوى القامعة سواء من الطبيعة التي تصورتها الفرويدية التقليدية أم من نظيرتها للفرويدية الجديدة . لقد تعلق اهتمام يونج بالعصاب أو بالصحة بوصفها تكاملاً بين اجزاء مختلفة في الفرد وبين ما يرجع إلى الحيز بين الفردي أي ما هو وراء نطاق الخبرة . يهدف العلاج إذن ، إلى شبك تلك المزع وإلى قيادة الفرد إلى النضج الفلسفي ، ذلك لأنه ركز جهوده العلاجية في مشكلات سنوات الحياة المتوسطة والأخيرة وهو ما لم تفعله أية مدرسة علاجية أخرى . يهدف العلاج إلى تمكين الفرد من معاناة فعل الإنقسام لاجزاء نفسه أو مزعها ، وخاصة منها « الرسل » الطرزية للاشعور الجمعي وبعض التشكيلات النفسية المجاورة لها مثل مزعة صفة الأنوثة في الرجل أو مزعة صفة الرجولة في المرأة ، ومزعة الظل أي صورة الذات الدنيئة أو المنكرة . يحدد هدف يونج في الرجعة إلى الذات بإمساك تلك المزع التي تند على الوصف والتي تتخطى الفرد بالرغم من تعبيريتها من خلاله . سمى يونج هدفه هذا « بالتفريد » . يترجم التفريد إلى الكلام العادي بما نسميه بلوغ الحكمة .

لم أقصد أن أقول إن يونج كان دون مصادر لمجابهة جوانب الحياة التي تسلم نفسها للملاحظة . كلا ، فقد شملت أعماله قدراً ضخماً من جهود كرست للمشكلات المحسوسة في الشخصية مثل التنميط الطبيعي ونحن لم

(1) Jung, C. G., Analytical Psychology: Theory and Practice, Routledge, 1968, P. 182.

نشر إليها هنا لعدم ارتباطها بأغراض العلاج . لقد بذل يونج جهده لمساوقة تلك العناصر مع اللاشعور العميق الذي عده حاسماً في أهميته وأصالته .

تطور تحليل يونج إلى طريقة صممت لتسهيل « فعل الرجعة » إلى اللاشعور العميق ، وأعطي فيها المقام الأول لتحليل الأحلام . رأى يونج أن فرويد وصف الحلم بتمثيل مشوه لرغبة خبيئة تقف عند حدود اللغة ، أما بالنسبة له فالحلم أكثر السبل الملحوظة التي تظهر فيها الطرز البدئية ، ويضيف بأن أية محاولة لتفسيره بتتبع التداعيات العفوية التفصيلية ليست أكثر من «توحيل» الماء أو تعكيره. كلا فالحلم نفسه (الظاهر، خاصة)، مقدس، ويجب على العالم الإقتراب منه اقترابه من الكتابة الهيروغليفية يترجمها ولا يفسرها .

لذلك كله ، منع يونج استخدام طريقة التداعي الحر ، بعد أن سماها « طريقة فرويد الإنقاصية » ، ودعا إلى استخدام طريقة « التضخيم » التي تعمل على توسيع محتوى الحلم في أطر مسرحية من حياة الحالم ، وذلك من مثل سؤال الأخير « زيادة تخيل سبيله في مشهد الحلم » . تعمل طريقة التضخيم ، أيضاً ، على توضيح صيغ الحلم في مألوف عالم الأسطورة والرمز . بهذه الطريقة يكشف الحلم نفسه سبيلاً للمعرفة تقود المريض إلى صيغة رفيعة من المعرفة وليس إلى ما هو خبيء .

عد يونج أسلوبه طريقة لتشديد احتكاك الفرد بلا شعوره وعد الاحتكاك بذاته ودون ممارسات أو وسائط خارجية المبدأ الأول للشفاء . يشبه منهج يونج في دراسة الحلم الأسلوب التوراتي ليوسف أو لدانيال ويخالف أسلوب المسرح التحليلي المعاصر . ولم يعمد يونج تلبس تلك الصفة إذ لم يحاول قط تأكيد القيمة الرفيعة أو السمو البالغ للسبل القديمة في التفكير .

ليس غريباً في ضوء ما سبق أن تتخذ ممارسات يونج العلاجية مساراً مختلفاً تماماً عن نظيره الفرويدي . إن أسلوب يونج أقرب من جوانب متعددة ، لأسلوب الفرويدية الجديدة وذلك لمحاولة المنهجين الحط من قيمة « لا شعور » فرويد سواء بابعاد فكرته لدى الفرويديين الجدد أو بتعظيم

صيغة بديلة كما هو الأمر لدى يونج . وسيكون من سوء طالع المريض في السيكولوجيا التحليلية أن يتعرض لقيام فعل التحول العصابي لأنه قد لا يحلم بضربة من الكيد أو الحقد ولاختلاط حلمه بسبب تداخل اللاشعور الشخصي ، وأخيراً لأنه لن يكون في وضع يمكنه من ممارسة نشيطة لاكتشاف الرمزية التي هي جوهر علاج السيكولوجيا التحليلية من جوانب عدة ، وإذن ، يشبه العلاج اليونجي ، ما يسمى « بالعلاج الداعم » . إذ يجلس المعالج والمريض وجهاً لوجه ، بصرف النظر عن أية ملاحظة عملية أو بسبب نوع من حكمة جمعية (التي ليونج الكثير منها) ويجابه السلوك العصابي كأمر واقعي على مستوى الشعور . تقام ، علاوة على ذلك ، علاقة ايجابية دافئة بين الطرفين ، وذلك بتدخل نشيط من جانب المعالج . يؤكد المعالج بمختلف صيغ تدخلاته أن عصاب الفرد جزء ضئيل من كل أوسع . ويعد المريض ببلوغ « مرحلة الهدوء أو الفصل الفلسفي » ، السبيلَ لمجابهة عالم ما وراء النطاق المدرك الذي يهدف اليه تحليل يونج .

قد يكون « للفصل الفلسفي » عن الاضطراب العصابي ميزات علاجية واضحة وأنه لمن المهم للمرء أن يسأل ما إذا كان حدوث الشفاء أو تحققه يقوم في « فعل » الفصل المشار إليه ، أو في الاحتكاك باللاشعور العميق . أياً كانت الاجابة فإن فكرة القوة الماورائية في اللاشعور الجمعي المجرد هي التي تشكل الجرثومة والروح في التأثير اليونجي . لقد أبقى يونج الباب مفتوحاً بوجه السري الذي يند على الوصف . وكذلك فعل فرويد بشرط أن يعمد العابر أو المتأرجح بين طبقات الشعور إلى تسلم السر بصيغة جديدة من الجدل حيث يترجم (السر) إلى لغة « الطفل الجسمي الضائع » . يعمل رفض فرويد لبقاء السر كما هو ولحشر الروح في مدفع العلم على الدفاع عن المنهج العلمي . أما إبقاء يونج على الروح تحكم في عليائها فيجعلنا لا نرى إلا القليل من قوتها . ويطوق العلم ما نراه ويبقى ما لا نراه أعظم من جهدنا الصغير العاجز عن تطويقه [1] . بهذا يبقي يونج فكرة الإيمان حية داخل العلاج من عيون فرويد المدمرة ويوفر لها الاحترام الذهني المطلق .

(1) Rieff, Ph.: The Truimph of the Therapeutic. Grune and Straton. 1966.

يخلق يونج الأرضية الأكثر منهجية وجدية « لفعل ما ورائية النطاق » في العلاج . فقد استطاع يونج مع جماعته فرض ضرب من التأثير أكبر كثيراً من الممارسة الفعلية للعلاج ، في وقت كان فيه العلم يعد مسلخاً في أعين الناس . تقيم السيكولوجيا التحليلية ، علاجاً نفسياً موجهاً بقوة وبأصالة إلى ما وراء النطاق الحسي ، أي إلى الطبيعة . لأن اللاشعور نفسه طبيعة . والطبيعة لا تكذب ، كما يقول يونج ، ويضيف مؤكداً قيام مبدأ في العالم خارج تجربة الفرد أو التاريخ المادي يحدد الاثنين ، تجربة الفرد والتاريخ المادي . وبالرغم من التأثر الشديد لمذهب فرويد بعلم الحياة ، فإن منهجه العلاجي يختلف كثيراً عن المناهج العلاجية المتأثرة بالعلم المذكور من مثل مناهج العقاقير ، والعلاج السلوكي ، والعلاج الحيوي الطاقي . أما الشيء المشترك بين منهج يونج والمناهج المذكورة فهو اللامبالاة الرئيسية والمقصودة بصدد ما يمكن للمجتمع أن يقوله بصدد السلوك . إذ تعد العوامل الاجتماعية وقائع مفروضة في حال بعينها .

يجب القول إن فكر يونج أرضي وتسامحي برغم كل نزعته الروحية ، فلقد رفض ابقاء المرض النفسي وأصوله السببية في أوكار الغيب أو في الآبار العميقة المظلمة للشياطين ، فعد العصاب محاولة من الذات لشفاء ذاتها والجنون كفاحاً نحو التبصر السامي . فعلى الرغم من احتفاظه بمعنى قوي بالشيطاني ، فإنه قد أرجعه إلى مرحلة أكبر كثيراً من الفرد وأبعد عنه ، مما جنبه الحاجة إلى عزل المجنون عن العقلاء لتنظيفهم ، إذ إننا جميعاً عقلاء ومجانين متشابهون ومتساوون في عيون اللاشعور المجرد ، أي في عيون اللاشعور الجمعي .

إننا نتساءل في ختام عرضنا للسيكولوجيا التحليلية عما إذا كانت تتعامل مع مختلف أنواع المشكلات خلافاً للمدارس التحليلية الأخرى ؟ إن هذا سؤال صعب ، وتزداد صعوبته بسبب الخلط الواسع الانتشار في ألسنة كل مدارس العلاج . يدعي يونج وجماعته أن منهجهم يستجيب لكل أنماط الاضطرابات الانفعالية ، إلا أنه مصمم خصيصاً للفرد السوي من مراحل

العمر المتوسط أو من المراحل التالية له والذي يسعى إلى الحكمة والتنوير . يقفز يونج بوضوح صوب العلاج الإيجابي المصمم لتوفير شيء أكثر من مجرد التحرر من أوزار العصاب . يتوقف نجع علاج يونج إلى حد كبير على إرادة المريض للاعتقاد بمبادئه وذلك خلافاً لسائر صيغ العلاج التي تبقى مع الوقائع التجاربية للحياة . فإذا توفرت الإرادة أمكن شفاء عدد كبير من الاضطرابات بما في ذلك الذهانات . ويزيد أنصار السيكولوجيا التحليلية تفاؤلهم فيدعون ملاءمة منهجهم العلاجي لمشكلات الإبداعية . غير أن من الصعب التحقق من صحة الادعاء المذكور ولو أن من المفيد التأكيد بأن الكثيرين من مرضى السيكولوجيا التحليلية كانوا ، ولسنين ، من الفنانين .

تبادر السيكولوجيا التحليلية عدداً من التغييرات . فالعادة ألا يستخدم يونج الأريكة ، ولا تزيد جلسات علاجه على الواحدة أو الاثنتين في الأسبوع لسنة أو يزيد . يتكون العلاج من مرحلتين قد تتداخلان . توصف المرحلة الأولى للعلاج الدعمي « بالواقعية » ، والمحدودية خلافاً للمرحلة الثانية الهادفة إلى اكتشاف الطرز البدئية عبر الأحلام . فيعمد المعالج إلى خلق اتجاه يستغرقه بصورة مباشرة في كلتا المرحلتين ويربط التحول بالإتجاه المذكور لكونه تدخلاً تجب ممارسته .

تتضح حسنات العلاج في السيكولوجيا التحليلية حالما يتقبل المرء وجهة نظر يونج في سعي العقل وعمله في النطاق الماورائي . يستطيع العلاج المذكور توفير الفرصة لاكتساب وجهة نظر تركيبية واسعة لحياته حتى دون اعتقاده بسعي العقل الماورائي ، ويعتقد الكثيرون أن هذا ، بالإضافة إلى العلاقة الايجابية مع المحلل ، يوفر للمريض مساعدة واضحة . إلا أنه يمكن الشك في أن تكون اللامبالاة الإيجابية بالتفاصيل الفعلية للحياة منهجاً خطراً لمعالجة الصراعات الانفعالية . ومن المعتقد أن وجهة نظر يونج تشوش اولئك الذين لا يرون فيها حقيقة ، إذ إنها تبدل التفسيرات الدنيوية والمادية بنظيرتها الماورائية .

١٦

المجابهة الوجودية

إنني أستخدم عبارة مجابهة لمناقشة العلاج الوجودي لأن الوجودية تتحدى مساعي نظمها في مدرسة متماسكة متكاملة . ربما كانت تسمية هذا النوع بالبعد الوجودي للعلاج أكثر دقة من سواها . إنْ أخَذَ المرءُ هذا الأمر بعين الحسبان كان في وضع يمكنه من فهم كيفية دخول الوجودية بشكل مؤثر فعال في كثير من الترتيبات العلاجية دون أن تكون نفسها علاجاً .

يقيم التحليل الوجودي أكثر من مؤسسة في أواسط أوروبا ، حيث يحتضن الناس الفلسفة بجدية وذلك كرد على الكثير من الممارسات والتآويل التقليدية التي قامت هناك . يبدو أن محاولة « تطعيم » الوجودية على الغراس الأمريكية كان على وشك أن « يلتحم ويثمر منذ خمسة عشر عاماً بنشر مقتطفات الوجود لرولوماي »[1] إلا أن الجسم الأمريكي ، ولأسباب ملفتة للانتباه ، رفض المزعة الجديدة مما دفع إلى تحوير الوجودية وصوغها في أطر تتفق ومقومات البيجتماعية الأمريكية وذلك بخلطها «بفسائل» العلاج المحلية . فبرزت حركة علم النفس الإنساني الهجينة في الستينات . إلا أن الاتجاه الوجودي بقي ، برغم ذلك ، محافظاً على حضوره مما يجعلنا نفرد له بحثاً خاصاً .

يعد التعمق في كشف الجذور الأوروبية للوجودية انحرافاً خطيراً عن

(1) May, R. et. al., Existence: A New Dimension of Psychiatry and Psychology. Harper. 1958.

الهدف المنشود في هذا الكتاب ، ذلك لمعاناة تلك الجذور نفسها من مشكلات خطيرة . فيختلس عدد كبير من قادة الفكر الغربي النظر إلى تاريخ التحليل الوجودي ويتبادلون الممرات إليه برغم عدم رضا أنصارهم ومريديهم . فترشق فلسفات كيركارد ونيتشه المضادة للمنطق مع فلسفة هوسرل مؤسس الظاهراتية أو ما وراء العلمية الجديدة ، أو فكر هايدكر اليميني المجلل بالغيوم مع فكر سارتر الإلحادي الثائر الرزين أو مع تيليش اللوثري الجديد ، أو يكون لنا ممارسون متميزون كميتوفسكي وبوس وشتراوس وبيزونكر يطرقون مختلف السبل تحت تلك الرايات المتعددة في نفس الوقت الذي يصنفون أنفسهم في درجات مختلفة من المعارضة لفرويد ويونج أو الموافقة لهما . أضف لما سبق الإزدهاء المتعمد لقواعد الدليل أو التفسير، تعرف لماذا تقاوم الوجودية التلخيص، وربما لماذا أن عليها أن تبقى «مجابهة» أو «اتجاهاً» فحسب.

وأن « اتجاه » الوجودية قوي لأنه يقارع مباشرة فوضى التجربة المعاصرة في عالم لا موجّه له ويفتقر إلى السلطة الخلقية الصميمية أو منظومة الإعتقاد الموجهة ويضيق ويقفر فيغدو ممراً يتقبله الكثيرون لمجرد الهرب ودون تساؤل عن جوهره . في هذا الجو تنبثق الوجودية منهجاً يجابه الوجودية في الصميم ويدعو إلى شيء جيد أو إلى إقامة نظام جديد عبر المجابهة والعراك . لا يبدأ منهج الوجودية من الصراع أو المرض بل من الفكرة العامة للاغتراب مشاركاً يونج هجومه على التفكير العلمي المولد للاغتراب متحاشياً حربه نحو نظام سري بديل للكون المذكور ، مما يترك التحليل الوجودي على أرض القنوطية واليأس عاملاً عبر اليأس وليس بعده .

يجر البقاء في مستوى اليأس المعانىٰ إلى مفهوم للقلق يختلف جذرياً عن المفهوم الذي قدمه فرويد له ، ولو أنه يبقى مركزياً بالنسبة لمنظومته الخاصة . يرى فرويد أن القلق الذي يدخل العصاب إنما يؤشر خطراً وشيكاً بمجرد سعي إحدى الرغبات اللاشعورية نحو الارتواء . أما القلق الوجودي فليس توقعياً ، إذ لا يتضمن الماضي ولا المستقبل بل إنه ضرب من وعي مباشر لحال النقص واللامعنى والاحتمال « لوجود المرء في العالم » . ومن هذا التهديد

ذاته ترى الوجودية أننا نهرب إلى الإضطراب العصابي البادي الزيف والجمودية والمُنزل لزيفه وجموديته حتى بنظام العلمية .

يعني هذا ، بعبارة أكثر تشخيصاً ، ضرباً من التأكيد على اللحظة العفوية المتوفرة للتجربة وعلى الإحجام عن إمساكها في أي تخطيط إيضاحي . وليست أكثر التفاسير جانبية سوى مؤامرة ونظام متجمد يعمل على تقييد العفوية والقلب الإنساني في التجربة . بهذا يكون فتح القلب ومقابلته أو مجابهته نواة المنهج الوجودي بالرغم مما يبدو وراء ذلك من مخاطر مدمرة .

ثم إن على المنهج الوجودي أن ينطلق من « الهنا والآن » للعلاقة العلاجية . وهنا نجد أنفسنا ، وللمرة الثانية ، وعلى أسس أخرى ، أمام منهج علاجي ينتقد « تحفظ » العلاقة الفرويدية وتجريديتها في تأكيدها للعلاقة الأساسية للتداعي الحر ، ويدعو إلى منهج يُبسّط فيه الحوار بين المعالج والمريض . تبرر الفرويدية الجديدة الحوار لتقريبه لكل من المعالج والمريض من الأرض بين الفردية التي منها ينطلق العصاب والصحة النفسية . في حين يدعي يونج بأن الحوار يسهل التناغم الوظيفي الضروري للرحلة العلاجية الصعبة عبر بحر اللاشعور الصاخب . أما الوجودي فيدعو إلى الحوار لأنه بنية أساسية « لتكون في العالم » . وكما يرى بيزونكر ، فإن المحلل الوجودي ، سوف يقف دوماً على نفس المستوى مع مرضاه ، خاصة على مستوى واقعهم العام . نتيجة لذلك ، فهو لن يحيل المريض إلى شيء بالمقارنة مع نفسه كمبحوث بل سوف يعده زميلاً مشاركاً في الواقع الإنساني . وسوف يعتبر (المحلل الوجودي) العلاقة كمقابل لما سماه مارتن بوبر « لجة الواقع الإنساني» . . . ولن يدل عليها كذات وحسب وأيضاً «بكونه مع» في سياق شخصي ، و «بكونهما معاً» أو الحب. وبمعنى وجودي فإن الشرط الذي وجهنا فرويد لتسميته بالتحول هو الآخر نمط للمجابهة[1] .

إن نمط الحوار هنا أكثر أصالة وجذرية من نظيره في الفرويدية الجديدة

(1) Binswanger, H. Ausgewahlte. Vortage and Autsatze, vol. 2 (bern, 1955). In Wyss, D., Psychoanalytic Shools from the Begining to the Present, P. 397, Harper, 1973.

حيث تكون العلاقة « بين فردية » ، وبالتالي ، مفتوحة للتفسير أو الإيضاح . فالفرويدي الجديد يبقى في الإطار الزمني والنمائي لفرويد ، الذي به يمكن للحوادث الحاضرة أن تنسب إلى حوادث ماضية وللعوامل البادية (إحتكاك الحلم) إلى عوامل كامنة (الرغبة المخيفة) . إن الفرويدي الجديد يؤمن بقوة التفسير ويختلف عن الفرويدي التقليدي في كيفية اختيار الحوادث أو القوى المفاتيح . أما الوجودي فيرفض منذ البدء الخطو بعيداً عن الظاهرة المعطاة رفضاً يجنبه القلق من الكون « الكون في العالم » . فإنْ هو توجه بطريقة هوسرل الظاهراتية الأصلية التي بها يعمد الباحث بالتصميم الحازم من جانب ذاتيته إلى « تجريد » الشيء من كل الصفات الثانوية المكتسبة والمنسوبة ، وصل في حدود الإمكانية الإنسانية إلى « الشيء في ذاته » . لذلك يرفض الوجودي أن يفسر ، بل يصر على أن يشارك لأن التفسير ابتعاد عن اللحظة . يمكِّن هذا المعالج الوجودي من أن يكون أكثر انفتاحاً في استجابته للمريض فحيث يصغي الفرويدي وينتشل من المريض أفكاره الغارقة في أعماق لا شعوره ، فإن الوجودي يعمل لدفع المريض صوب اللحظة الفورية بعيداً عن التعميمات الكاذبة أو التصانيف المزيفة . ليس الدفع المذكور سوى ضرب من عدمية علاجية . لقد عارض فرويد « الحماس » للعلاج مدعياً وضع أسلوب يوصل إلى قلب العتمة العصابية فيضيئها ويحمل العون للأنا المصابة . لكن ، إنْ لم ينبعث القلق عن خطر تحقق المكبوت والرغبات غير المنظورة ، بل من العجز عن مواجهة ما هو قائم من قبل ، عندئذ ، لن يحدث العون على الإطلاق الا لمواجهة الرعب مباشرة . والمثال المغالى فيه هو حالة الن ويست (1) المعروفة عن بينزواكنر، التي ادعى فيها أن المريضة قد أعينت وجودياً بالرغم من أن الاختيار الذي استطاعت تنفيذه بفضل ايجاد نفسها أنها في العالم كان الإنتحار . وفي حين يجب ألا يظن أن بينزواكنر لا يريد أن يفعل للمريض أكثر مما فعله ، فإن اللامبالاة بوجهات النظر العامة القائمة بصدد الصحة هي في صميم المنهج الوجودي .

---

(1) May, R. et. al., Exixtence: A New Dimension of Psychiatry and Psychology. PP: 213-365, Harper, 1973.

لقد قامت الوجودية واستمرت ، كما أشير من قبل ، عبر تلوينها لجهود علاجية أخرى[1] ، لأن قليلاً من الأفكار الوجودية ما يستطيع الصمود وممارسة العلاج وفق خطوط توجيهية لذات الأفكار الوجودية[2] . يصنف رولوماي نفسه الذي طرحت يده الأفكار الوجودية في الولايات المتحدة ، في التقليد المشار إليه ، في نفس الوقت الذي يبتعد عنه صوب « جبلة » مختلطة من الوجودية والتحليل النفسي وضرب محلي من البراغماتية الأميركية . وكما كان الشأن مع يونج ، فإن الوجوديين الذين تذمروا من الغربة الذي يولدها التقليد العلمي ، وجدوا أنفسهم على إلفة مع العديد من أنواع العلاج القائمة[3] . فاهتمام الوجودية بالتجربة المشتركة أو ما يسمى « بين الذاتية » يجرها بحيث تماشي خط عدد من مناهج الماورائية ، خاصة منها ما ينجم عن التقليد الشرقي . وكما لاحظنا من قبل ، فإنه يمكن تتبع تأثير الوجودية في حركة السيكولوجيا الإنسانية وفي المنهج الجشتالتي وذلك بسبب إلحاحها على الفورية اللحظاتية .

يمكن عد ر . د . لينك أحد أكثر الناس تأثيراً في الحقبة الماضية ، محللاً وجودياً ، بالرغم من أنه ، شأن كل الوجوديين الجيدين ، يقاوم التصنيف . لقد أثبت لينك وجوديته الحقة برفضه الخضوع لنظام محدد أو التستر بأي مفهوم خاص ، إلا أنه ظهرت في أعماله سلسلة من المواضيع تتفق والأفكار الأساسية للوجودية وخاصة منها أفكار سارتر . كان لينك أكثر كسلاً من سارتر لمحاولة ربط التطبيقات الأساسية لفكره بواقع سياسي مشخص ، بالرغم من وضعه للعبارات الوجودية الأساسية مثل : « لا يستطيع أحد أن يبدأ يفكر أو يشعر أو يعمل إلا من نقطة البدء الأساسية لاغترابه الخاص » . يعد « هكذا تبدأ سياسة التجربة » أكثر كتب لينك شهرة[4] . يستمر لينك يؤكد أن على العلاج النفسي أن يبقى محاولة عتيدة

(1) Havens, L., Approach to the Mind, Houghton, 1973.

(2) Nelson, B., Phenomenological Psychiatry, Psychoanalysis and the Psychoanalytic Rev., Vol. 48, No. 4 (1961 - 2), PP. 3 - 23.

(3) Frankl , V., The Doctor and the Soul, Souvenir, 1969.

(4) Laing, R. D., The Politics of Experience, Penguin, 1970.

من جانب شخصين يعملان لاسترداد كليتهما الإنسانية عبر العلاقة القائمة بينهما . فاللهيب الوجودي يذوب باستمرار ويعيد صياغة نظرياتنا ، نحن الإثنين فقط . إذ يعجز التفكير الوجودي عن أن يوفر أي أمنٍ أو بيت للناس الذين لا مأوى لهم لأنه لا يخاطب أحداً خارج العلاقة الوجودية ، لا يخاطب إلا أنت وأنا .

يتخطى لينك ، بالتأكيد ، التحليل الوجودي الأبكر ، ويجعله يشمل المحيط ، وخاصة الأسرة لكونها وسيطاً يشدد على الاغتراب . لذلك فهو لا يكتفي بعدِّ الجنون صيغة صادقة للتجربة ، بل يجعله عملاً بطولياً وفضيلة ايجابية ، نفياً لنفي التجربة في بيجتماعية تعاني الإغتراب . الجنون الحقيقي في ممارسي السلطة بدءاً من الأهل وانتهاء برئيس البلاد . نُحرر من يعدّه المجتمع معتوهاً بطرده من قوة المجتمع وبيروقراطيته . نذكر مثالاً على ذلك معتوه لير ، والملك الذي يجنن نفسه فيغدو « خبله » سبيلاً لبلوغ أرفع المكانات .

تلك فكرة قديمة يتخطى نشوؤها ميلاد تقليد التحليل النفسي وقد التقطها الأطباء النفسيون قبل لينك الذي حملها في الستينات عندما بدأت شرعية التسلط في التدهور ، وعندما تمحور الطب النفسي في قطبين متباعدين : (١) قطب المؤسسة الطبية التي دعت إلى تمييز المريض من السوى (٢) القطب المعادي للمؤسسة الطبية الذي نذر نفسه للثورة مع الجنون . أقام لينك نقده للطب النفسي التقليدي بالممارسة العملية في قاعة كينكسلي الشهيرة في لندن . وهنا سيق المنهج الوجودي إلى جماعة من موفري المساعدة ومتلقفيها في صيغة تتفاعل دون تصيد مهني في مكان يمكن المرء من النزول لعبور رحلة الجنون والظهور في الجانب الآخر ، ليس بالرجوع إلى غربة المجتمع بل بالتقدم صوب حرية جديدة [١] .

إنتهت قاعة كينكسلي ولا يشغلنا ما صنعته بأكثر مما سبق ، ونحن نعجز عن رؤية الحرية الجديدة التي وعدتها [٢] . لكن هذا لا يمنع أن نؤكد

(1) Laing, R. D., Law, Liberty and Psychiatry, Routledge, 1974.
(2) Barnes, M. and Berke, J.: May Barnnes, two Accounts of a Journey Through Madness. Penguin. 1973.

أن تجربة لينك شكلت اتجاهاً هاماً . لقد كان المنهج الوجودي في تاريخ العلاج ، ممراً متصاعد النمو بدءاً من الفرويدية الأصيلة وانتهاءً بنظم تحليلية مختلفة تماماً وذلك بجعلها التجربة المعاشة والمشتركة الوسيط الأساسي للشفاء . ولم تكن الوجودية الممر الوحيد لكنها كانت أحد أهم تلك الممرات .

ربما كان النهج الوجودي أكثر المناهج العلاجية تضمناً للمبادىء النفسية . فهو في جوهره يضع الشعور النفسي هدفاً للانتباه العلاجي . ولا يحتاج الشعور النفسي إلى وسيط مما ينفي الحاجة إلى رد المضامين النفسية إلى اللاشعور أو إلى الحوادث الجسمية أو إلى التآثير الماورائية أو إلى العوامل الإجتماعية .

وإذ يسرّع المنهج الوجودي خطانا إلى وجودنا ، يرفع عن كاهله الإيضاح الدعمي (إنها أعصابك فقط ، أرحها ترجع الراحة إلى قلبك) ، ويكوّن منهجاً علاجياً لتخليصنا من التجربة التي تثلم وجودنا . يعمل إبعاد الوجودي للايضاحات الدعمية ، على وضعنا وجهاً لوجه مع ألم معاناتنا الداخلية ، أي مع الشيطاني ويشدنا لحمل عبء المسؤولية الكاملة شداً يشكل المدخل إلى الحرية وشرطها الأساسي .

لم يحافظ المنهج الوجودي على نقاوته إلا في القليل النادر . فقد وجد الكثيرون في الدين ملاذهم ، واحتفظ البعض ، أمثال لينك ، بطرقهم مفتوحة إلى عالم الأسرة والمجتمع [١] ، وأرجعت فئة ثالثة التجربة إلى الجسم ، وغالت فئة رابعة منهم فأرجعت نفس التجربة إلى الطبقات العقلية الأعمق أي إلى لا شعور فرويد ويونج . جعل بلوغ أفراد الفئة الرابعة « اللاشعور » منهم سيكولوجيين تحليليين أو تحليليين نفسيين . وهنا يجب أن نذكر أن فرويد كان قد وسّط القوى الاجتماعية والعضوية الطبقات

(١) لقد انهارت جهود لينك إلى الذاتية مما يفسر عجزه عن المحافظة على سيرها كمجموعة متماسكة من الأفكار كما يرى جاكوبي في المرجع المذكور.
Jacobi, R., Social Amnesia: A Critique of Conformist Psychology from Adler to Laing, Houghton, 1975.

اللاشعورية من العقل . يمكن عد الشعور والتجربة النقية الأساس التجاربي للمعرفة النفسية وتحليلها في جوانبها اللاشعورية التي تورط العضوي والإجتماعي . إنّ تجنب المنهج الوجودي للإيضاح يسقط قبضته عن الممر الذي شقه فرويد في اللاشعور وهي هنة تقع فيها كل صيغ الوجودية في متباين تجاربها العلاجية .

يهتم العلاج الوجودي بتحديد خط منهجي لمجابهة الاضطرابات الانفعالية ولم يستطع يوماً أن يكون علاجاً كاملاً ، لذلك فإن فائدته لا تتأكد إلا في إطار النمط الكامل للعلاج الذي نسّق معه . إلا أنه ، وبصرف النظر عمّا سبق ، يمكن للإتجاه الوجودي أن يقدم خدماته في تصيد الاضطرابات العصابية حيث يتصاحب العصاب بدرجة تكبر أو تصغر من الإحساس بالاغتراب عن العالم . يحدث الشرط المذكور في أناس تعظم لديهم الوعي للذات وفقدوا الإيمان بالتأكيدات التقليدية سواء ما يرجع منها إلى العقل أم إلى الإيمان .

وبرأيي أن الإتجاه الوجودي لا يفي لمجابهة الشعور بالضياع والاغتراب إذ لا يخرج عن أن يكون بنية فردية لا تعمل إلا على تشديد قطع الفرد عن البعد الاجتماعي الحق وعن ضروب العلاج التي تمارس على الاغتراب بكل صوره . قد يجد ، من يخالفني هذا الرأي ، الاتجاه الوجودي منطبقاً مع وجهة نظره تجاه العالم .

حدث الكثير من الشتويش حول حسنات البدعة الوجودية وسيئاتها وكان لينك مسؤولاً عن أكثرها ، فلقد دار جانب كبير من أبحاثه حول القارة المعتمة للعلاج النفسي والفصام، ودار معظم هذا الجانب حول زخميات الأسرة والعلاج الأسري للفصام[1]. غير أن الاهتمام الوجودي في الجانب الأخير كان هامشياً. أشار لينك أيضاً إلى التأشير المؤذي وفعل الموضوعية الاجتماعية للفصامي. صحيح أنّ طرْحَ لينك لم يكن دون سابقه إلا أنه

(1) Laing, R. D., The Divided Self, Penguin, 1970. The Politics of the Family, Tavistock, 1971.

كانت له قيمة كبرى بسبب مهارة لينك وقوة زخمه برغم كونه وجودية هامشية.

لا ينطبق الاتجاه الوجودي على الظواهر العصابية والذهانية قدر ما ينطبق على الروح الاغترابية التي تنزل بالمجتمع المعاصر. لكن الروح المذكور تقوم في « طيف » من العصاب والذهان وتدفع لتختلط بتلك الاضطرابات لدى عدد ضخم من الناس مما يصعب تمييزها عن الاضطرابات المشار إليها. لقد مال لينك لارجاع العصاب والذهان كلياً إلى الاغتراب الاجتماعي، بدل الاغتراب الذاتي الذي وإنْ بدأ في وضع من أوضاع النوع الأول، إلا أنه سرعان ما يستقل سياقه بمسئولية الفرد نفسه بدون معنى خلقي.

اساء لينك علاج الفصامات بتحويلها مسخاً لواقع منظومته المعقد تماماً كما كانت في المنظومة الطبية التقليدية التي هاجمها. وللعدل للفصامات، تجب مجابهتها بعدها اضطرابات خفيفة وذات أساس عضوي داخل الفرد وبين الفرد والعالم على السواء. تعاني أفكار لينك منْ « إنفصامها » عن العدد الأكبر من الذهانات الحقيقية لأن « حال القنوط » الفردي والاجتماعي لا تسمح قط حتى بمجرد بدء العلاج الوجودي عليها.

إن نحن عاينا المنهج الوجودي بعده منهجاً نقياً غير متأثر بالمناهج الأخرى كان مضيعة للوقت بسبب انعدام الأساس الفعلي لتطبيقه، ذلك لأن ذاتيته المتطرفة تنفي قيام أي اتجاه إيجابي. إلا أن لممارسة العلاج الوجودي كعلاج داعم أو مساعد لضروب العلاج الأخرى قيمة، حيث تسيطر مشاعر الاغتراب على الوعي، وذلك بصرف النظر عن الصورة الكاملة للاضطراب العاطفي. وليس هناك أدنى شك بصحة الحكم الأخير. ينمو العصاب دوماً نتيجة للتطور التاريخي، فيأخذ اليوم وهنا وجهاً مختلفاً عن نظيره في مجتمع فرويد أو ساليفان أو يونج، الأمر الذي يفرض تغيير وجه العلاج وإرساء عدد من التعديلات بسبل محددة.

على التعديلات أن تختلف كثيراً، ومن الصعب تخصيصها بسبب نقص التعاريف الوجودية. تعارض التعديلات العملية « روح » الوجودية التي تأنف

التعديل . إننا نبحث عن ضرب قوي من الوعي والمشاعر ، ونسعى بألا يتعارض أسلوب الممارسة العلاجية كثيراً مع روح الوجودية . نصح بعض الوجوديين أمثال لينك وميدارد بوس بأسلوب فرويد ومال آخرون نحو أساليب أكثر فعالية تبلغ حد دفع المعالج مشاركة المريض حالاته الانفعالية الخاصة . والمهم أن تنتقى المواضيع من اللحظة وأن تفسر في إطار الماضي ، مما يرسي الكثير من حسنات البدعة ويخفف من سيئاتها .

حسناتها أن يجر تعظيم الوعي في الفرد الأخير إلى التساؤل عن التفسير مما يوفر له قفزة جديدة . ترجع الوجودية بالناس إلى إبداعيتهم التي تتغافل عن التفسير أو تقلل من اعتماده مما يضعف حظوظ التبرير الإنساني (من مثل إنني مريض وأهلي دفعوا بي إلى ذلك) وينمي إحساس الفرد لتقبل مسؤولياته نحو حياته .

يبدو أن يشكل الوجه الأخير للحسنة سيئات المنهج إذ يعمل جر الاهتمام إلى اللحظة الراهنة وتضييق التفسيرات الإيضاحية على ترك الفرد يتوكأ ذاتيته . يمكن التفسير من اعتبار قيم الماضي ومن الإحساس بمعنى التاريخ والاستمرارية مع المجموعة البشرية في صيغتها الحاضرة . ويصعب إمساك العلاقات القائمة إلا بعدِّها استمراراً للعلاقات الماضية .

يستطيع المنهج الوجودي ، إنْ لم يعدل ، أن يجر إلى صيغة قصيرة النظر تراهن ، زيفاً وخطأً ، على تحريرنا . لأن عالماً يدرك دون تاريخ عالم ضحل ولا صيغة له .

١٧

السيكولوجيا الانسانية

نصل الآن إلى مدرسة علاجية تتميز بنشأتها الأمريكية وعصرانيتها وهي مجموعة المدارس التي تلت حركة التحليل النفسي وتحملت بعناصر إنسانية لم تعرفها سابقاتها.

لكل من تلك المدارس منهج علاجي مثمر مما يستدعي تقديماً بتلك العمومية. نجد في هذه الفئة أنماطاً علاجية متباينة مثل العلاج النفسي الروجري والحيوي الطاقي أو الحطاقي إلى جانب العلاجات الجمعية والروحانية. نشأت تلك المدارس في أصول مختلفة مما جعل نتاجها مثمراً جداً. ليست السيكولوجيا الانسانية أو ما يسمى أحياناً بالاحتمال الانساني مدرسة بل مزاجاً أو اتجاهاً عاماً أثر في كل ضروب المدارس العلاجية حتى ولو كان بعضها استطالة لأفكار أخرى بحيث تفرض إغفالها من السيكولوجيا الإنسانية.

ليس إنعدام قيام «المدرسة» طارىء بل إنه مقوم ضروري للحركة الإنسانية فقد حطم التعبير الأصيل للسيكولوجيا الإنسانية كل الحدود وتابع حركته مشرع الأبواب لكل التأثير غير آبه بمحاولات التأسيس النقدية.

تدمج فكرة الاحتمال الإنساني الإتجاه الوجودي وخاصة حجر الأساس منه أي التجربة المباشرة مع كمال الإنسان التي هي أكثر العقائد الأمريكية أصالة والتي أعطت المدرسة المذكورة صفة الإنسانية. وحركة الاحتمال الإنساني تقليد مقدس أساسي في فكرة التقدم في المجتمعات الغربية إذ تمدها

بالمبدأ الجوهري الذي يَعدّ الإنسان مقياس كل الأشياء. تعني كلمة الإنساني هنا هوية متميزة أو كلا أكبر من أجزائه الناجمة عن تحليله. وسواء كانت النزهة الإنسانية ذلك الجانب من التحليل النفسي الممثل باريك فروم أم بالإتجاه الوجودي فإنها جميعها تدعو إلى كلية الإنسان وتعدها الركن الذي منه ننطلق.

ترفض الوجودية الإنسانية أن تقبل بأقل من جهد محدد ومصمم ولإعادة الإيمان إلى عالم خلا من الله. تقول النزهة المذكورة بأن الله، ترك العالم وإن بمقدور الإنسان رفع نفسه الآن إلى مستوى الله. وليست هناك حدود تستطيع إيقاف الإنسان. وما بلغناه في هذا الصدد ليس سوى جزء صغير جدا مما يمكن تحقيقه. وسوف نعمل لزيادة قدرتنا على تحصيل الطاقة وتمثلها لنترك وفيرها يسري فينا، لا نبخل منها بشيء ونضيف: «ليس عليك أن تعاني حتى تبلغ الإحساس بالطيبة»، و«اخلق في نفسك النضال الإيجابي»، و«كيف تود أن تبقى حياً في عالمنا هذا» تنقل إلينا عناوين قليلة من فيض من أمثالها رسالة النزهة الإنسانية في العلاج وتؤكد تعاملنا على صلة دائمة باللامحدود وإن كنا لا نعرف ذلك. فالوعي تغيم لكن يمكن غسله وتنظيفه مباشرة بواسطة صيغ جديدة من التجربة. فلقد ولى الغموض والشك والريبة التي قال بها التحليل النفسي الفرويدي فغاب الشيطان، تاركاً محله للطاقة والتدفق وللتقبل وللتغذية واللدونة أي: للمرح. وغابت كذلك ظلال الوجودية التقليدية القاتمة والمضللة.

رافق التغيرات السابقة تحول في التأكيد فضُؤل الاهتمام بالمرضى (العصابات والذهانات التقليدية) وازداد الاهتمام بالشفاء والاغتراب العاديين. وذاب أو اضمحل التمييز بين السوي والشاذ. فإذا ما ظهرت الأعراض العصابية، غدت أنماطاً أقرب كثيراً أو قليلاً من ضروب سلوك الحياة اليومية. وفي الحين الذي ركزت بعض عناصر الحركة الإنسانية الروجرية جهودها في القضاء على معاناة الأعراض العصابية، فإن معظم عناصرها لا تجد في ذاتها سوى مشروع تربوي يهدف إلى نشر السعادة عبر مد المواطنين في العصر الجديد.

لقد اعترضت بعض عناصر الحركة الإنسانية على اخضاع بعض المضطربين لأي علاج لاحتمال إثارة أساليبها الممارسة لمشاعر تند على السيطرة من جانب فرد يعاني بالأصل اضطراباً في السيطرة.

بدأت مراكز الحركة الإنسانية، في كاليفورنيا وراحت منها تغزو الولايات المتحدة منطقة إثر أخرى. فلقد نجح ابزالن ورفاقه في أخذ الدفق الأساسي في العلاج الفرويدي الذي يؤكد وجود قوى خبيئة في ذات الفرد يكون لوعيها أثر تحريري. لقد أعطى هؤلاء للدفق المذكور أساساً بيتجماعياً أصيلاً. حدث الأمر بدفع أساليب العلاج لتخطي مدى العصابات والذهانات العادية إلى «شفاء الاغتراب». فلقد حمل المنهج الوجودي «بعدميته العلاجية» النهاية الاغترابية لطيف الشقاء إلى مرمى البصر في موازاة العصابي، ومال، إذا ما أخذ بكلتيه، إلى خلط الاثنين كما لاحظنا من قبل. إلا أن الحركة الإنسانية نجحت في إكساء النبض الوجودي بأساليب علاجية دافعة الاغتراب الإجتماعي إلى تسليم نفسه للعلاج.

تتعدد الأساليب العلاجية في الحركة الإنسانية، فنذكر منها على سبيل المثال العمل الجمعي، والأثر المباشر للقيادة، والاهتمام بالجسم، وتعديل الوعي وغيرها. دعمت الأساليب المذكورة بركائز العفوية والتعبير عن الذات والأمانة الإنفعالية والأنموذج المثالي للسعادة الشخصية في عالم «الهنا والآن». سوف نكشف بعض تلك الردف في الفصول التالية، إلا أنه لا بد من الإشارة إلى أنه في حين تبقى الوجودية الصافية مشغولة «بالذاتي»، فإن العلاج الإنساني يضيف لذلك تلاؤماً من العالم الخارجي والموضوعي سواء كان عالم جسم الفرد أو عالم الآخرين. وهذا نفسه ما يفسر كيف تبلور المنهج الإنساني في مؤسسات واضحة في حين بقيت الوجودية على أطراف الحياة وهامشها. وتجب الاشارة أيضاً إلى أن حركة السيكولوجيا الإنسانية، كانت وقفاً على أولئك الذين استطاعوا إرضاء الحاجات المادية والإسهام في الحياة، لأن الطبقتين المتوسطة والعليا لم ترضهما ثرواتهما، فوضعتا آمالاهما في تحقيق الرفاه الأسمى والمرح التي تحمل الحركة الإنسانية رسالته.

يعد كارل روجرز ممثلاً كاملاً للمنهج الإنساني، وربما كان من الأفضل القول بأن المنهج الإنساني يمثله لأن أحداً من ممثليه لم يقم طويلاً أو يعمم تأثيره أو يخضب المنهج بالتآثير الوطنية الأمريكية كما فعل روجرز. كان روجرز يدرس في جامعة اللاهوت عندما اكتشف ميله الحقيقي إلى الاستشارة النفسية[1].

استمر روجرز خلال مهنته الطويلة المتميزة في تطوير منهجه العلاجي فتخطى مهمازه الأول أي العلاج النفسي الفردي إلى العلاج الجمعي وطرق المجابهة. لكن كل عمل روجرز يحمل طابعاً متميزاً ويشكل منظومة متلاحمة واضحة واسعة الاستخدام في المهن النفسية وواسعة الدراسة والانتشار في المؤسسات النفسية المهنية والجامعية.

يتميز روجرز عن العلاج النفسي في نقطتين هامتين: (١) نشوؤه في جو مدرسي مما جعله يولي اهتماماً كبيراً للمعايير العلمية المأخوذ بها في الدوائر المدرسية التقليدية من مثل الروز التجريبي (٢) كونه أمريكياً صرفاً، جعله خلاف السلوكيين أقل تأثراً بفرويد وبالتحليل النفسي من سائر الوجوه البارزة.

يوصف ما وضعه روجرز بالعلاج النفسي بمعنى أن يكون التبادل اللفظي واسطة التأثير، كما يوصف بأنه «غير تحليلي»، بمعنى أن التأثير المذكور لا يمارس لينفر (يطفر) التخيلات الطفلية المنقسمة والمرفوضة والمكبوتة بالأصل. وعلى النقيض من ذلك تماماً، فإن روجرز وجودي وإنساني معاً، إذ إن لديه فكرة محددة تماماً عن «كلية» الذات (رجل النزعة الانسانية) وهو يعدها جيدة أو طيبة فيرى أن الفكرة الحنبلية عن الخطيئة الأولى قد طغت على البيجتماعيات المعاصرة ويعد سيكولوجيا فرويد الممثل الرئيسي المحزن لهذا المنظور في عالم العلاج. يدعى روجرز بالمقابل، أنه اكتشف رجلاً أفضل وأصدق في المستوى الأعمق للإنسان. إن أكثر مفاهيمنا ثورية تنشأ من تجربتنا السريرية ويتمثل بالبؤرة الأعمق في طبيعة الإنسان وفي أعمق طبقات

(1) Rogers, C.: Autobiographical Essay. In A. Burton Twelve Therapists. San Francisco, 1972.

الشخصية وفي أساس طبيعته الحيواتية وهو إيجابي في طبيعته وله أساس اجتماعي ويتحرك للأمام وواقعي[1].

يمثل هذا قلب النزهة الطبيعية، ويؤكد أن ثمة إنساناً «كلاً»، متميز الانتظام يرقد تحت انقاض الدوافع الممزقة والمخاوف التي ادركها فرويد بأداته التحليلية الهدامة. وإذ إن الإنسان «كل» يمكن مجابهته مباشرة وإنهاضه وقيادته إلى الضوء. يركز روجرز، إذن، على إدراك الفرد الكلي لذاته مع اعتقاد جازم بإمكانية جر هذا الجوهر ذي الإحساس الطيب بذاته إلى العلاج، وبأن فعل إخراجه يجابه التشوهات العصابية.

ويمضي روجرز أبعد من الفرويديين الجدد في افتراض العلاقات بين الفردية فيعدها أساساً لكل من الصحة والمرض على السواء، أساساً تبدو عليه العلاقات العلاجية المشعور بها ذاتها أكثر أهمية من أي شيء خاص آخر يتعلم منها. ربما يزداد الأمر وضوحاً لو نحن أعدنا صياغة الفكرة بقولنا بأن الفرويدية الحديثة وروجرز عملا مع نفس المفهوم الأساسي (هورناي وفكرة الذات الحقيقية الغريبة جداً في مفهوم روجرز) غير أن الأول مالوا لادخاله في نمطهم التحليلي في حين أن روجرز مضى فيه باستقامة في الإتجاه الإيجابي.

تعد صفة «إيجابي» أساسية لفهم روجرز خاصة وحركة الاحتمال الإنساني عامة. تعني الصفة إيجابي أن يعتمد المرء بصورة رئيسية على ما هو في متناول الشعور في اللحظة الآنية، وذلك للوصول إلى الحقيقة. وعلى العكس فإن الإتجاه المضاد مثل الذي لفرويد، يعتمد أكثر ما يعتمد على التناقض وعلى ما هو منقسم عن السطح. ولا تبلغ إيجابية روجرز نظيرتها لدى سكنر والسلوكيين، بمعنى أنه يعمل على الحالات الداخلية الذاتية للعقل بدل أن يقوم بوصف مموضع (يجعل موضوعاً) للسلوك من وجهة نظر الملاحظ الخارجي أو السلوكي. إلا أن «وعي» روجرز شفاف بالأصل ويوفر دليلاً صادقاً ثابتاً للمعرفة أو قراءة مباشرة من الواقع. يمكن القول من هذا المنطلق بأن لروجرز فلسفة في المعرفة إيجابية ذاتية.

---

(1) Rogers, C.: On Becoming a Person. Constable 1974. PP: 90-91.

يشعر روجرز، إذن، أن من الممكن تحديد صدق العلاج تجريبياً. وهو لذلك يعتمد على التجربة المشعور بها كدليل يوصل إلى الحقيقة، يغدو قوله: «التجربة عندي، ارفع السلطات» جزء هام من عقيدته. ترد عبارة «هذا أنا» في الفصل الأول من كتابه «التحول فردا» والذي يقول فيه في أمكنة أخرى «عندما يُشعر بأن فعالية ما قيّمة أو تستحق الممارسة، تستأهل أن يمارس». ولنضع الفكرة بطريقة أخرى، لقد تعلمت أنه عندما تحس مجمل عضويتي موقفاً ما يكون الأمر أكثر صدقاً مما يوفره العقل[1]. هنا يعمد روجرز إلى وضع نفسه وعلاجه في قلب تقليد البراغماتية الأمريكية، خلافاً لفرويد، الذي وبرغم كل اعتماده على الوقائع التي يرويها المريض، بقي جزء من النمطية الأوروبية التخمينية.

لصفة «إيجابي» جانبها من «القيمة» أيضاً. يتعدى الجانب المذكور لدى روجرز اعتقاداً قوياً بطيبة الإنسان. وبالرغم من أن اعتقاده يتأصل في الثقة فإنه يتأكد بالتجربة. يعلن في بيانه أن الوقائع ودودة، ويمضي مؤكداً انطلاقاً من عمل استغرق حياته، «إن تجربتي تشير أن للناس اتجاهاً إيجابياً أساسياً، أي بناء، يتحرك صوب تحقيق الذات وينمو باتجاه النضج والإجتماعية.

واضح أن سيكون لمثل الإتجاه المذكور أثر علاجي سواء انطبق أم لم ينطبق على كل الحقيقة بصدد الموقف الإنساني. إلا أنه يجب إيصال «الإهتمام الإيجابي» بصورة واضحة إلى المريض. فإنْ هو أوصل وطبق بلهفة قلبية ترك أثراً أو شرخاً في تجربة العصاب الاغترابية لدى المريض. يصر روجرز باستمرار على القيمة الإيجابية لصدق المعالج. على المعالج أن يكون «ما هو»، ويجب أن يكون فيه تطابق أو تزاوج بين ما يعاني، وما يعي، وما يقوله للمريض. على المعالج أن يعمل أكثر من مجرد تقبل المريض، إن عليه أن يعاني ما يعانيه المريض فيتعاطف معه في نفس الوقت الذي يظهر فيه ما سماه روجرز بالإعتبار الإيجابي غير المشروط له. قد لا يكون من السهل تحقيق هذا

(١) المرجع السابق ص ص : ٢٢ ـ ٢٣ .

الموقف، غير أن على من لا يستطيع تحقيقه أن يبحث لنفسه عن طريقة أخرى في العلاج.

ليس المعالج الروجري شاشة يسقط عليها المريض تخيلاته، بل إنه آلة تحويل واعية يحترمها المريض. يقوم المعالج بدوره هذا بأبسط الطرق الممكنة ليس بالتقصي تحت السطح بل «بعكس» ذلك السطح إلى المريض، لأن إعادة صياغة عبارة المريض تعيد للأخير عبارته إليه غير مشحونة هذه المرة بكراهية الذات أو بالعصاب بل بتقييم المعالج الإيجابي لها.

يعمل العلاج الروجري، وإلى حد ما، مناهجُ العلاج الإنسانية الوجودية، على خلق وضع يتمكن فيه المريض من أن يغدو شديد الوعي «بكيف يقيم نفسه»، ولا يحاول المعالج أن يغير هذا ولا أن يوضحه بتفسيره، بل إنه يكتفي «بعكسه» أو إرجاعه للمريض بعد تصفيته عبر حالته السليمة من الاعتبار غير المشروط. ليس الاعتبار لما يقول المريض، بل لما هو عليه ولذاك «الكل» داخله. أوضحت التجربة لروجرز أنه إنْ تحقق ذلك باستمرار، سرعان ما نلاحظ النتائج الإيجابية، وسرعان ما تبدأ الجدر العصابية تتحطم تحت ضربات حرية الذات الحقيقية التي تأخذ الزمام بيدها.

يعد روجرز العلاج قريباً أو نسيباً للتربية الجيدة أو بصورة أكبر أساسية، لفعل التدجين الاجتماعي نفسه. وإذ أن المشكلة تُجابه إيجابياً، يستطيع روجرز أن يقترح علاجاً تصحيحياً قصيراً. تعد الفورية مفهوماً أساسياً لتشكيل أول إجراءات العلاج المذكور. وإنها لتجربة مغنية تماماً أن يتحول المرء إلى ما هو عليه في أعماقه حقاً، مما يجعل زيارة علاجية كل أسبوع لمدة عام أو أقل تفيد كثيراً خلافاً لفترة الخمس سنوات بأربع زيارات أسبوعية للعلاج الفرويدي. لهذا الإنجاز حسناته الواضحة، ليس من وجهة نظر توفير المال والوقت، بل لأنه يحول دون مرور مشاعر التحول المعقدة، ويهيء المناخ الإيجابي الذي يثمنه روجرز عالياً. ينمو المناخ الإيجابي بسبب الاعتبار الذي يخلقه المعالج وبسبب بعض درجات الإيحاء التي تسقط بفكر المريض فتدفعه صوب الوجهات الإنسانية.

خذ مثلاً حال السيدة أوك التي يوردها روجرز في كتابه «التحول فرداً». إنها خير مثال يبين أن اللب الداخلي للشخصية الإنسانية إنما هو العضوية ذاتها التي هي في آن اجتماعية وذاتية. تحدث اللحظة الحرجة في التماس الثامن عندما تتحدث المريضة بمرارة عن إحساسها أنها خدعت طوال حياتها، وأنها الآن تعاني، عندما لامست هذا الإتجاه، شعوراً يصفه «بالإجرامي». هنا يتدخل روجرز مؤكداً مشاعر المرارة خاصة منها ما يشير إلى أن السيدة كانت ضحية وسط شرير، ويهمل عن عمد ما يشير إلى الإجرامية وما تحمله من استنتاجات الشؤم. لا يستطيع المعالج هنا التحدث إلا عن الاستنتاجات، التي توجه مدلاتها بصورة غائمة إلى أمكنة غير مخططة، لكن روجرز يشدد من قبضته عمداً على مشاعر المرارة والإيذاء وإساءة المعاملة. وليس مستغرباً أن تقفو السيدة أوك أثره وفق منهجه، الذي يتوافق مع مطالب الأخلاقية الواعية ومع وجهة نظر روجرز عن الطبيعة الإنسانية.

وإنه لأمر بسيط تماماً أن ندرك كيف تتحسن حال السيدة أوك بهذا النوع من «المواساة»، اليست مشكلة أن نعد أن الشقاء قد اكتمل هنا؟ لقد تحسنت السيدة أوك بعد تسع وثلاثين جلسة معطية الدليل على الجوهر الداخلي لشخصية الإنسان. وبالطبع فإن روجرز لن يوقف العلاج عند حده السابق. تستخدم كل ضروب العلاج، بما في ذلك التحليل النفسي، قدراً من الإيحاء وكلها يميل لإسقاط نظرة المعالج للكون في المريض. لكن اترك هذه النقطة الآن.

لقد أقام روجرز علاجياً نفسياً يحدد بصورة جيدة وتامة مبادىء الإنسانية ـ الوجودية. والعلاج شعبي أثر في مؤسسة الاستشارة النفسية والعمل الإجتماعي والتربية. يأخذ روجرز عن أدلر، بل الأدق أن نقول: استطاع روجرز أن يقيم في علم النفس السريري الأمريكي جدولاً نمائياً موازياً لنظيره لدى أدلر. إن لدينا، وطبقاً لمحاورنا، منظومة نفسية تؤكد كثيراً الوعي الذاتي في نفس الوقت الذي تعتبر فيه العوامل «الإجتماعية» و«بين الفردية» لتأصلها القوي في الأساس الطبيعي للجوهر الإنساني الجيد والضروري. ولا يمتد هذا بعيداً إلى البيولوجيا أو إلى ما ورائية النطاق

التجريبي، بل يبقى البعد الإجتماعي مربوطاً إلى الوسط الإنساني المباشر، وليس إلى المجتمع ككل. ثم إن هناك قليلاً جداً من نظرية النمو الطفلي المجردة من التفسير الغريزي الذي آثره فرويد (بل برفض تام للتفسير الغريزي). بعبارة أخرى لقد قلل روجرز كثيراً من أهمية اللاشعور وكبته أو أنكرها كلياً ورأى في الطبقة الأعمق من الشخصية الإنسانية كل الرجل الذي طرد الشيطان وقعد محله.

صمم منهج روجرز لعدد واسع من الحالات الانفعالية، واخضع له أناس من النهاية السوية وآخرون من الفصاميين المأويين في المشافي. يرجع اتساع المدى المذكور إلى اهتمام الروجرية بمشكلات اعتبار الذات. وإذ يتمتع اعتبار الذات بشمولية إنسانية كبيرة، فإن كل فرد يجد في منهج روجرز ما قد يفيده. إلا أن من الواضح أن الروجرية تلائم جيداً استشارة الناس النفسية إبان تعرضهم للضغوط، وحيث لا تكون المواقف المحيطية قوية جداً تطغى على الفرد بل تبقى في حدود قوة تولد في الفرد مشاعر من القصور أو الإحساس بالهزيمة أو الزعزعة كما هي الحال مع التلاميذ في تكيفهم للمدرسة. يمكن أيضاً للأسوياء من أبناء الطبقة الوسطى الذين يعانون الوحدة أو العزلة نتيجة للاغتراب أن يستفيدوا من الروجرية. أما هل تساعدهم الروجرية على معاركة مشاعرهم المشار إليها فأمر آخر. إلا أنه ليس ثمة شك في انطباق الروجرية عليهم.

تنجم قصورات المدرسة أو حدودها من حسناتها أو من نقاط قوتها ذاتها. يعد علاج روجرز الهاماً يهدف مبدئياً إلى دفع الناس كي يشعروا أحسن مما هم عليه وذلك بغرس الاعتبار الإيجابي لهم من جانب المعالج مكان الصور القائمة لذواتهم فيهم. وعلى المعالج كي يحقق ذلك أن يعزز ما هو جميل (إلا لدى من لا يحب هذا المنهج) والأكثر أهمية (إذ إن هؤلاء يبقون بعيداً عن المتناول) في الناس الذين قد ينجذبون إليه بسبب يأسهم والذين كان يمكن للتقييم الأعمق لكل مشكلاتهم أن يفيدهم جيداً. قد يدخل هذا أناساً يعانون مشكلات محيطية حادة مع أسرهم أو مجتمعهم إلى جانب أولئك

الذين يعانون حالات نفسية تسلم نفسها للعلاج. تمسك الروجرية، شأن نسبيتها الوجودية، الوعي على حساب خسارة بعض التقدير لكل من المحيط الحقيقي والجانب المعتم من الذات. تفيد الروجرية إذن أكثر ما تفيد عندما لا يضطر الشخص الذهاب بعيداً أو عميقاً، كالتلميذ الذي يحتاج قدراً من المثابرة أو حيث يعجز عن ذلك كما هو الشأن مع الفصامي في المستشفى.

بقي الاعتبار الإيجابي من جانب المعالج ما قيمته؟ هل من يدعمه، هل من ينكره وما هو الصحيح الثابت؟ لاحظنا من قبل إن ليست هناك واقعية بسيطة في العلاقات الإنسانية. تعد واقعية الروجرية واحد ة بها يتقوى وعي المريض عبر التعرض المباشر للمعالج الذي يعاني نفسه ذات الظاهرة ويشاركها مع المريض. يستطيع هذا دفع الناس لأن يحسوا بأنهم أفضل من قبل إن هم قبلوا المبادىء أو الشروط الأساسية للعلاج. إلا أن ثمة حدودا تمنع المعالج الذي يحاول التركيز من نقل اعتباره الإيجابي للمريض، لانشغاله في الوقت نفسه في التركيز، وبعين النسر الشامخة في الموقف بحثاً عن خبيء الدغل والأوكار لكشفه ووعيه وعكسه. لا شك بأن التشبيه السابق يعكس تطرفاً مستهجناً، إلا أن من المؤكد أنه يعكس إتجاهاً نقدياً ضرورياً للعلاج الجيد. وهو اتجاه تعجز الروجرية عن شرحه لانصارها بحيث يستطيعون ممارسته. يقايض الروجري ذاتية بموضوعية وكذلك يفعل المريض. ويتوقف كل شيء على ما إذا كان الثمن موازياً للأهداف المقامة في بدء العلاج.

١٨

العلاج الجشتالتي

تشابهت ضروب العلاج التي ناقشناها حتى الآن في صفة واحدة بالرغم من الفروق العميقة في النظرية التي توجه كل علاج وفي القيم المسقطة فيه. اعتمدت كل تلك المدارس على التواصل اللفظي اللغوي بين المعالج والمريض لتحقيق أغراضها، دون أن يكون هناك ما يدعو لجعل المفردات بتلك القدسية، فحيث أولي أكبر الاهتمام للشعور وأقله للتفكير، كما كان الأمر لدى المنهج الوجودي كانت الكلمة هي الأداة، مما عرض العلاج النفسي بكليته للوقوع في مطبات تلك الأداة.

يؤطر التطور المذكور العلاج الجشتالتي، الذي، وانْ لم يكن يتحاشى اللغة كليا، انعطف صوب التجربة غير اللغوية[1]. إذ يمتد نكران الجشتالتي للعقل وعده كل اهتمامات النفس ضرباً من العصاب إلى نكران اللغة نفسها كأداة للفكر، ويفتح السبيل لمنهج عضوي تماماً. يضع العلاج المذكور الجسم وحركته وإحساساته على ذات المستوى مع العقل وأفكاره المجردة والرموز اللفظية التي يستخدمها. وهذا بدوره يفتح نافذة أخرى على ما ورائية النطاق.

تدفع شعبية تلك الإتجاهات في أيامنا الراهنة وخاصة على الساحل الغربي الأمريكي إلى نسيان أنه كان للعلاج الجشتالتي أساس نظري منمق أي

(1) Frederick, P.: Gestalt Therapy Verbatim. Bantam. 1972.

كان ثابت الأساس في تقاليد علم النفس المعاصر والعلاج النفسي[1]. يشتق العلاج الجشتالتي اسمه ووجهات نظره الأساسية، بالطبع، من سيكولوجيا الجشتالت، إلا أنه وحيث يعمد علم النفس إلى التركيز في الإدراك والمعرفة فإن العلاج يهدف وبقدر كاف من الملاءمة، إلى الحياة العاطفية لكل الفرد. بهذا المعنى ترجع الجشتالتية، في أصولها، إلى التحليل النفسي الفرويدي التي عملت على إلغائه وتخطيه. لقد كان فريدريك بيرلز المؤسس الأول للجشتالتية وحكيمها غير المنازع، في نقطة ما محللاً فرويدي التدريب، وبالحكم عليه من كتاباته يبقى المرتد الحقيقي الذي انقلب حبه كراهية ولا مبالاة مما يدل على ارتباطه الوثيق القديم بسلطته الوالدية.

وإن لمساهمات مرتد فرويدي آخر عظيم هو ويلهالم رايخ الذي جنح فوق العلاج الجشتالتي، دلالتها الخاصة. وكما سوف نرى في الفصل التالي فإن رايخ قام بالانفصال الحاسم عن التحليل النفسي متحولاً إلى التحليل الطباعي في البدء وإلى العلاج الحيوي الوظيفي فيما بعد. لم يبد بيرلز نفسه شديد التأثر برايخ، خلافاً لمؤسس آخر للعلاج الجشتالتي وهو الناقد الفوضوي والشاعر بول غودمان.

مهما كانت الأحوال، فإن المنهج العضوي ـ الوظيفي وطمسه لهوة الجسم ـ العقل اللذين يتمثلان بقوة في التفكير الجشتالتي، وعباراته الأساسية مثل الاحتكاك بين العضوية ومحيطها، إنما يُسحبان مباشرة من التفكير الرايخي.

وبصرف النظر عن رايخ وفرويد، فإن بيرلز استعار شيئاً من منهج يونج لمجابهة الأحلام. وطبق هذا المُستعار، تمثل كل عناصر الحلم الظاهرة أجزاء من ذات الحالم. إلا أن الجشتالتية استطاعت الاستقلال متخطية كل تلك الديون والتأثيرات، مؤكدة فرادة التركيبة بخلط فكرة علم النفس التي عنها تأخذ الاسم مع علم الطباع التحليلي والإنسانية الوجودية. الفكرة الأساسية

(1) Frederick, P.: et. al. Gestalt Therapy: Excitement and grouth in the Human Personality. Sovenir, 1972, Frederick, P.: Ego, Hunger and Aggression. N.Y.: 1969.

بسيطة إلا أنها عصية على الإمساك. فمحدد العلاج الجشتالي إنما هو بنية الوعي التي أهملها فرويد. يشكل الوعي، إنْ فهم جيداً ظاهرة نشيطة تتحرك لبناء كليات منظمة ممعننة (جشتاليات) بين العضوية ومحيطها. والجشتاليات أنماط تتضمن كل هياكل الوظيفة العضوية من فكر وشعور وفعالية، ويعد تشكلها جزء من فوضوية الطبيعة. لا يكون العصاب، تبعاً لذلك، سوى انقسام غير طبيعي في تشكل الجشتاليات ولا يكون القلق (ضداً على فكرة فرويد لتوقع الخطر الداخلي) سوى تحسس العضوية للنضال صوب توحيدها الخلاق.

يعتقد الجشتالتي، شأن فرويد، أن عصاب الفرد نتيجة اللفلفة المرتبطة بتفادي الإتجاهات الممنوعة. وعلى نقيض فرويد، تـدرك تلك الاتجاهـات كحاجات لمجمل العضوية لا تخيلات مكبوتة. فكل الجانب العقلي يمارس علاوة على ذلك فإن في العضوية سائق «للمسلمة» ذاتها، ووعي شعوري، واشارة نشطة إلى تلك الظاهرة بدل التسجيل الجامد الذي تصوره فرويد.

يقول بيرلز، يقوم العلاج، كما قال فرويد ذاته بتوسيع الشعور. ما كان لهذا أن يتحقق بوضع الفرد على صلة بالذكريات المكبوتة، بل إنه يتحقق بالحاجات العضوية الفورية المتدفقة. تضمن فهم فرويد لتوسيع مدى الوعي تجميد الفرد لنفسـه، حيث يعمل تسكـين الجسم على الأريكـة وتجريـدية المحلل، وبعده، مع القاعدة الأساسية التي تطلب إلى الفرد التحـدث عما يعانيه، على إكراه الأفكار الخبيئة للانطلاق إلى سطح الشعور. بهذه الصورة يُمسك ما كان ماضياً ومكبوتاً ويُكامل مع الحاضر. إلا أن بيرلز شعر أن التجمـد والإنحراف صـوب اللغوي يـزيد الإنقسـام العصابي بـين الفكر والشعور. ويزيد الإنقسام المذكور، محاولة المعالج إرجاع المريض إلى الماضي ودفعه خارج الموقف العلاجي الراهن، مما يجعل مهمة المعالج تسيء إلى العلاج ويستدعي إبدالها العمل على زيادة الوعي «للآن وهنا». على العلاج أن يعمل بالسماح للعضوية لتحقيق إمكاناتها التي يحملها الموقف الراهن، أي لتسهيل تكون الجشتالتيات. فالوعي النشيط للحاضر هو ما يولد الشفاء. ولا

يقوم هدف العلاج في التلخيص أو العكس لمجمل صورة حياة الفرد. مما يجعل التفسير الذي هو الأسلوب الرئيسي للمحلل الفرويدي معادياً للعلاج وللشفاء يوقفه ويعرقله.

العلاج الجشتالتي، إذن، وجودي الطبيعة دون أن يلتزم بهموم «الكون في العالم» الذي يميز التحليل الوجودي الأوروبي. فهو علاج أمريكي وإيجابي في افتراضه مع روجرز بأن الواضح الأكثر وعياً يقود إلى الحقيقة، وفي تأكيده بأن الإثارة والنمو يشكلان الظاهرة الأساسية في العضوية الإنسانية وفي سماحه الفعال النشط للمريض بالتعبير بصورة علنية ومكشوفة عن كل حاجاته المشعورة وعن كل مقاوماته. يقول بيرلز ملخصاً السابق:

كل من يمتلك قدراً ضئيلاً من الإرادة الحسنة يستفيد من المنهج الجشتالي بسبب بساطته في الالتفات إلى الواضح في أقصى السطح. فنحن لا نغوص في منطقة نجهل أي شيء عنها، إلى ما يسمى باللاشعور. وإنني لا أؤمن بالكبت، لأن نظرية الكبت مجرد أسطورة. إننا لا نقوى على كبت الحاجات بل الصيغ التعبيرية لها. إننا نعيق جانباً واحداً لكن التعبير الذاتي سرعان ما ينبثق من مكان آخر في حركتنا أو وضعنا والأهم في صوتنا. والمعالج الجيد لا يصغي إلى «الوسخ» الذي يردده المريض، بل إلى الصوت والموسيقى والتردد. الكلمة في العادة كذبة والتواصل الحق يتخطى الكلمات.

يقوم المعالج الجشتالتي في الممارسة بقدر كبير من التحدث لكنه يهدف إلى التعبير وليس إلى التفسير أو إلى بلوغ المعرفة الشاملة للذات. ويساق العلاج عادة في فئة، بالرغم من عدم استغلال الظاهرة الفئوية ومن عدم الاعتماد على العلاقة مع المعالج لتحقيق التبصر الارتدادي في نمط العلاقات الإنسانية للمريض[1].

وبدلاً من اللقاء المنظم لفترة طويلة من الوقت، يفضل الجشتالتي ورشة العمل المركزة حيث تكون جلسة العلاج جزء من مجمل تجربة العيش لفترة

(1) Frederick, P., Gestalt Therapy, Verbatim, Bantam, 1972, P. 37.

موجزة. تسم الورشات المذكورة العلاج الجشتالتي في الوقت الراهن. والعادة أن تقرر عطلة نهاية الأسبوع لكن هذا لا يمنع اختيار أية فترة أخرى. وتستمر الورشة بديلاً للجلسة العادية. لقد تطورت الورشة إلى ضرب من التعايش المشترك حيث يميع العلاج بالعيش. ليست الورشة إبداعاً سطحياً، خاصة وأن تقصير الزمن يعني تضخيم المعاناة التجريبية مما يجر إلى نتائج مذهلة ومبدعة.

تعد المسرحية أساساً لمنهج الجشتالت، فبدل أن يعمد المريض إلى إرجاع صراعه بالمفردات وتتبع آثارها في المستويات العميقة فإنه يمثلها أو يلعب مختلف جوانبها. العادة أن يتوفر عدد من الكراسي في غرفة العلاج ويسمح للمريض بالانتقال من كرسي لآخر طبقاً لجانب الصراع الذي يلعبه في تلك اللحظة. فيستطيع أولاً لعب ضميره المتصلف فيصرخ على ذات متخيلة فن أن تفعل أحسن وتتماسك وغير ذلك من العبارات الانتقادية التوبيخية ثم ينتقل إلى كرسي أخرى فيكون خضوعياً نزواتيا عنيداً محتالاً يمشي في الحياة متنكراً لضميره. إن كلا الجانبين يمثلان ذاتها الحقيقية برغم امساك فخاخ الأخرى لإحداها. إن دفع المريض للسماح لكل جانب منه بقول ما يريد، يجعله يتحقق فوراً وبصورة حيوية وبالرغم من الانقسام، أن هناك عضوية واحدة فقط.

ومهمة المعالج هي في تشديد الوعي لهذا التحول وهو يفعل ذلك بصورة تبدو متعارضة. فمن طرف ينشط المعالج تماماً، ومن طرف آخر يحفظ نفسه بعيداً عن المسرح في علبة الملقن يرجع كل شيء للمريض. فإن شعر المريض أنه انتقد من جانب المعالج مثلاً، حث ليلعب دور المعالج وتصويت النقد له بصوت مرتفع. يشجع المعالج في نشاطيته المريض على جلب اشخاص من الماضي وصور من الأحلام والتخيلات إلى لسانه - ولا يقلق المعالج ولا يشتد بل يتسامح وكل شيء تجب معالجته «هنا والآن» بكل الوجود الذي يستطيعه المريض. دعى بيرلز منهجه للأحلام بأسلوب التقمص. إلا أن العبارة تطبق على العلاج بمجمله. ولممارسة تميز الذات

(وصلاة بيرلز أنت أنت، وأنا أنا) وجعلها تتقمص مشاعرها ودوافعها وتقبلها كلها. ذاك هو محور الطريقة الجشتالتية في العلاج.

وبالطبع، فإن المريض يقاوم ذلك: أي أنه يقاطع تعبير ذاته العضوية بطرق لا تحصى ويرفض المماشاة إلا أن المعالج يدفعه لوعي تلك العقبات مستخدماً ورقته الأساسية المتمثلة باستنفار مسئولية المريض تجاه عصابه. ليس في العلاج الجشتالتي كلمة «لا استطيع» وكل ما هنالك كلمة «لن»، أو «لا أريد» يهدف الإبدال المذكور إلى وضع المريض مع احتمالاته الإنسانية وليس لدفعه للشعور بالإثم بالتضمين الخفي بأنه يريد أن يكون مريضاً.

والواقع أن نفس دافع المريض إلى الشعور بالإثم يخف بمجرد تبني العلاج للإتجاه الإيجابي. يقول بيرلز يكون الإثم في الفرد وسيرته معقداً جداً، أما الإثم في العلاج الجشتالتي فبسيط جداً. إننا نعد الإثم مقاومة مسقطة. فعندما تشعر بالإثم، حاول أن تعرف ماذا تقاوم وترفض وسيختفي الإثم، وستدفع الآخر ليشعر بالإثم. وبعد ذلك، فإن تعبير «المقاومة» واحداً من أهم سبل المساعدة، لجعل حياتك أسهل قليلاً[1].

وتلك صرخة مختلفة جداً عن الفرويدية فليس بالأمر المهم إنْ قتل المرء والده أو امتنع عن ذلك، ففي الحالين يشعر المرء بالإثم. لكن ذلك يعكس فرقاً مؤكداً واضحاً في النظرة الفلسفية ووجهة النظر العامة بصدد الشروط الإنسانية. لأن المقاومة حاجة عضوية يمكن أن تنطلق وتروىٰ، في حين أن إثم فرويد يقوم في رغبة إجرامية لا شعورية يحال بينها وبين الانطلاق للشعور، وإنها مدفونة في فكرة ترفض أن تترك ذاتها تنهار لصالح تفتح العضوية. إنها بعبارة أخرى فكرة رغبية خاصة أو تخيل (اقتل أبيك) يقوم في تجربة طفلية ضائعة، مما يجعلها قطعة من التاريخ لا تنسى قط ولا تروى أو تكمل. يرى بيرلز والجشتالتيون، وكل مدرسة أخرى في العلاج تقريباً، سواء بطريقة أو بأخرى، أن فرويد كان متشائماً بغير حق وأن التعبير العضوي للمقاومة سوف، إن كان من الأعماق وبمنتهى الرضى، يلملم ما مزعه

(١) المرجع السابق ص: ٥١.

التاريخ. وعليه لتحقيق ذلك، الإقلال من الشيطاني والماضي وأية صفة خاصة للتعبير اللفظي لأن اللغة وحدها تستطيع التمييز بحدة بين الصيغ الخاصة للماضي والتجربة الحاضرة، كما أن عليه التمييز بين الفكر والفعل. وبالإجمال، يهدف الجشتالتي إلى القضاء على ثغرة الأنماط الموضوعية والذاتية وإلى ترميم الفرد إلى تجربته الكلية غير اللفظية. وهو بهذا يكون ضرباً من الطاقة الحيوية البرغسونية. تستطيع إذن، عد العلاج الجشتالتي نمطاً يؤطر أسسه في البيولوجي في ذات الوقت الذي يبقى على ذاته أو طبيعته السيكولوجية، وذلك، ليس بطريقة آلية على الاطلاق، إذ مازال الجشتالتي بعيداً جداً عن أن يقبل في عالم الطب أو الطب النفسي، بل بشكل طبيعة أو معنى فلسفي. فحكمة الجسم توحد كل التجارب، وتلك أفكار جشتالتية تضاف إلى وجهة النظر الأساسية لدى الجشتالتيين وتقول «بطيبته» وتقود مباشرة إلى الإيجابية التي تعدها الصيغة الأمريكية للديانة الشرقية. تبرز صفة ما ورائية النطاق بإلحاح نبي عراف في شخصية بيرلز وفي صلاة الجشتالت والروح العامة للخلاص في الأدب الجشتالتي.

يسمح للتفسير اللفظي للمحتوى الحق لحياة الفرد بالإنطلاق وفق نفس المنطق. قد لا يكون منطقياً، بالنسبة لعلاج يقام في الفئة ويدعو للتعايش المشترك ويعاني من ألسنة نقاد اجتماعيين بارزين ألا يشتمل على العوامل الإجتماعية إلا نادراً. فليس في العلاج الجشتالتي نظرية للتحول أو ظاهرة فئوية أو علاقات بين فردية أو علم نفس إجتماعي. ويسري الإقلال من أهمية دور المعرفة اللفظية إلى قصر نظر العلاج الجشتالتي الذي ينطلق مبدئياً من انتباه بيرلز للإسقاط باعتباره الصيغة الرئيسية للتواصل المضطرب بين الذات والناس الآخرين. فعندما نسقط شيئاً نرجع إلى قوة خارجية. والشيء المسقط في الأصل إنما هو داخل ذواتنا. فإن كان أي شيء أراه فيك مجرد إسقاط لمقاومتي الداخلية الشغوفة أم غير الشغوفة لم يكن للـ «أنت» التي أراها فيك شيء «منها» تقوله، أو لم يقم أي رابط اجتماعي أو حتى أية دافعية مستقلة. وفي حين يقوم النقد المجتمعي في كل الأدب الجشتالتي، إلا أنه

نادراً ما يتخطى الإتهام المعروف جيداً بأن مجتمعنا أو على الأقل الحياة السوية فيه عِصابية، وغبية، وميتة ومجردة جداً أو اغترابية.

يعد الجشتالت جزء من الحركة الإنسانية يشاركها مداها التطبيقي من العصاب المعتدل الحدة إلى اغترابية الطبقة المتوسطة. وهو يلائم الانفعال العاطفي أكثر من ملاءمة العلاج الروجري له. لكن وإذ إن العلاج الجشتالتي يركز لمجابهة المقاومة بدل أن يعمل على توفير التأكيد، فإنه أقل ملاءمة للاستشارة أو للدعم أو للذهان المزمن. وإنني اعتقد أنه يكون افيد للعصابيين التثقيفيين الذين حل الحمق بعلاقاتهم الشخصية أو الذين يشعرون بالاحتباس. تشفي الجشتالتية بتوفير التجارب الانفعالية الجادة في وضع فئوي. فهي لذلك تفيد الناس الذين تعاني حياتهم من نقص في شدة الانفعال والعلاقات الفئوية والذين ليسوا جزعين من أي منها. والجشتالتية محدودة، شأن الإنسانية الوجودية، بعجزها عن معالجة المشكلات التي تتطلب معرفة كاملة للفرد أو للمجتمع. لم يعمد بيرلز قط إلى التمييز بين الاستخدام الخلاق للذكاء وبين إساءتنا لاستخدام قوتنا العقلية بدفاعية تثقيفية. وإذ إن علاج بيرلز صم لمهاجمة الثانية فيعجز عن استخدام الأولى.

يستطيع المعالج الجشتالتي أن يخلق حالاً تقرب الهيستيريا، بسبب تأكيديته للإنفعالي، مما يفرض عليه امتلاك قدرة خارقة في الممارسة الانفعالية حيث يفرض العلاج ذلك. لذلك إن كان المعالج شديد التخشب، راوح في مكانه، أما إن كان رفيع القدرة الانفعالية فقد يثير أكثر مما يقوى على تمثله.

تذهب المشكلة لأعمق من هذا. إن لكل معالج وبصرف النظر عن إنتمائه فرصة لاستغلال الإتجاهات الطفلية للتحول والانقلاب عرافاً أو شاماناً، وقد يمارس هذا الإتجاه المستهتر باجترائه على ذاتية الفرد، بكثير من التبصر والحساسية مع تحققه بقدر كبير من النجاح.

قد تشمل كل ضروب العلاج بين ممارسيها بعضاً من النمط المذكور. إلا أننا في الجشتالتية نواجه للمرة الأولى علاجاً توفر صوره الأساسية دريئة تقوي بشكل خاص أفراداً من هذا النوع. سوف نجد علاجات أخرى بذات

الاستعدادات الحيوية والوظيفية والأولية والعفوية وبذات التأكيد على التجارب العاطفية ضد العقلية، مما يفتح الباب أمام النزعات السحرية والإمساك الهيستريائي. وهذا أمر مرفوض ويجب ألا يحدث خاصة وأن العديد أو ربما الأكثرية الكبرى من المساهمين في تلك العلاجات لا يستسلمون لخطيئة العرافة. مع هذا فإن أي من يسعى لالتقاط إحدى تلك العلاجات، ينصح بدراسة الأمر والإمكانية بأناة وتمعن مسبقين إذ يستحيل تحديد ما يجري تحت وطأة الانفعال الشديد خاصة مع التجربة الفئوية.

هل يستطيع الجشتالت أن يوفر نفس الفوائد التي توفرها العلاجات الفئوية؟ تختلف العلاجات الفئوية فيما بينها كثيراً. ثم إن أكثر الجشتاليين يريدون تجربة مناهج أخرى وتطعيمها بمنهجهم. لذلك كان التعميم صعباً. لكن، إذا ما مورس الجشتالت بصيغته الصافية في فئات فإنه يختلف كثيراً عن العلاج الفئوي الحق. إذ لا يلتفت في الجشتالت إلى التفاعل الفئوي ولا إلى نمو الفئة ككل، بل يكتفى باستمرار ممارسة الفئة للتأثير بإقامة مناخ من الاستحسان للتعبير الإنفعالي وحسب.

١٩

العلاج الحيوي الوظيفي والطاقي

تقوم كل العلاجات الحيوية الوظيفية على مسلمة أننا نعيش أولياً عبْر أجسادنا، الأمر الذي يعني أن يكون كل من المرض والشفاء شروطاً تؤثر في عضويتنا الجسمية مما يجر بالضرورة إلى تحجيم التدخل اللغوي والاجتماعي إلى حدودهما الطبيعية. وفي الحين الذي يكاد فيه العلاج الحيوي الوظيفي يختلط بقيم الاحتمال الإنساني للوجودية الإنسانية ويلعب دوراً هاماً في مراكز مثل ابزالن، فإنه يتماسك في مدارس مستقلة مثل المدرسة الحيوية الوظيفية لألكسندر لون، منطلقاً من عمل وليم رايخ أحد أهم البارزين في تاريخ التحليل النفسي والعلاج.

رأينا في الفصل السابق أن التفاف الجشتالتي صوب الوظيفية العضوية التي هي في حيز الجسم يدفع لعدّه انقطاعاً جذرياً عن المناهج النفسية. يصدق هذا الحكم أيضاً إنْ نحن تتبعنا خط العلاج الوجودي وحركة الاحتمال الإنساني وهو خط يتجاوز رايخ الذي حقق الإلتحام الحاسم «بالجسمي» من خلال التحليل النفسي الفرويدي وعبر التفافه داخل الماركسية.

ينتمي رايخ إلى جيل بواكير القرن العشرين الذين جذبهم التحليل النفسي وأغواهم خلافاً للمتأخرين الذين انقلبوا إلى علم نفس «الأنا». لعب رايخ مبكراً دور الابن الخاص الذي وانْ كان يوماً ابناً ليونج فإنه كان أبداً شغوفاً بفرويد طموحاً ليكون ابنه العلمي. وجد رايخ، شأن الآخرين أمثال

يونج وأدلر وهورناي، أنّ من الضروري أن يخطط لنفسه منطقة خاصة به بدل البقاء اميناً في ظلال المعلم، إلا أنه اختلف مع الآخرين فرفض الدعوة إلى الطريق الوسط، وبقي طائراً ثائراً عاصفاً مستحوذاً ألّا يساوم مصمماً أن يبقى الأكثر أصالة بين الآخرين، فلم يهدأ لاعتقاده بأنه لن يبدع إن لم يعارض ويثور، بل وإنْ لم يطرد من المنظمة التقليدية، أي من المجتمع.

هكذا حدث المتوقع في أواخر الثلاثينات، فطرد رايخ من حركة التحليل النفسي بسبب تسييسه المفرط ومن الحزب الشيوعي بسبب سيكولوجيته المغرقة. وهنا بدأ رايخ تحوله الحاسم نحو الحيوي وبالتالي نحو الكوني الذي هو أساس الوظيفة العضوية ومنطقها.

ليس لتلك التطورات أن تهمنا هنا[1]. إلا أنه تجب الملاحظة كما هو الشأن مع الوجوه الأصيلة إلى أن العمل الذي يبدو في السطح مخالفاً للتقاليد يكون في عمقه على قدر كبير من الاستمرارية مع ذات التقاليد. وما يبدو قفزة كمية أو صاعقة من السماء إنما هو في جوهره تركيب من عناصر كانت «هناك» من قبل سواء في ماضي الفرد المبدع أو في وسطه الثقافي، ولم يخرج انعطاف رايخ الجارف صوب الحيوي وبعيداً عن التحليل النفسي عن كونه تطوراً طبيعياً لفكرة وضعها فرويد في بداية تقصيه ثم أبطلها دون أن يهملها قط من تحليله النفسي. تلك هي فكرة مفهوم العصاب الفعلي مع نظرية عن القلق تقوم على فكرة الليبيدو المدان (الطاقة الجنسية).

وكما تصور فرويد الأمر في البدء، فإن ما يحدث للشخص، يحدد استعداده العصابي. يطبق المبدأ المذكور على الموقف الطفلي حيث يكون سعي الصغير إلى «المراودة» والصدمات الأخرى السبب الأساسي للعصاب المتأخر والبذرة التي ينشأ فيها الاضطراب العصابي لدى الراشد. يُعدّ الارواء الجنسي الناقص العنصر المشترك بين كل الصدمات الأخرى والمحرك الأولي للعصاب. لقد اهتم فرويد في عام ١٨٩٠، وإلى حد اقل، بعده بالإصلاح الاجتماعي

(1) Bayandal, L. (ed.). Sex - Pol Essays, 1929 - 1934. Reick, W.N.Y 1972. Reick, W., The Mass Psychology of Fascism (trans)., T.P. Woolf, Penguin, 1975.

الذي يمكّن من تحقيق الإرضاء الجنسي الكامل ويقضي على ما كان شائعاً آنذاك بسبب الخوف من الحمل وبسبب عدم نجع مضاداته التي كانت تدفع الناس إلى ممارسات جنسية ناقصة. ثم في عام ١٩٠٨ أصر فرويد، في مقالته «الأخلاقية الجنسية المتحضرة والأمراض العصبية المعاصرة» على أن التخلف الثقافي للمرأة يؤثر في درجة التزمت الجنسي التي يفرضها مجتمع رعوي متخلف(١)، عد القلق في إطار الإتجاه المذكور، نتيجة مباشرة للتغيرات العضوية المرتبطة بالإرواء الجنسي الناقص. وقد ذهب فرويد بعيداً في هذا الصدد فراح يخمن، بان التحول الكيمياوي المباشر، والمجهول في علم ذلك الزمن، يحدث في الهرمونات الجنسية نتيجة تحررها الناقص مما يقلبها مواد مولدة للقلق. دفع عدّ التغيرات العصابية نتيجة للدفاعية ضد القلق، إلى الاعتقاد بأن الصدمات الجنسية الفعلية والفشل في اطلاق «كل مواده» في فعل جنسي حقيقي وكامل هي الأسباب الجذرية للعصاب. مما يفرض نبذ العلاج النفسي التقليدي والأخذ بالمهماز المستقبلي للصحة النفسية المتمثل بالعلاج الجنسي وذلك بغية الوقاية من الاضطرابات العصابية وشفائها(٢).

لم تأخذ النظرة السابقة بتلابيب فرويد، إذ لو أنها استغرقته لما كان الرجل قد بالىٰ بوضع التحليل النفسي. ولم يفشل فرويد منذ البدء بملاحظة نوع خاص من الاضطرابات النفسية العصابية التي ترتبط بأفكار «مرفوضة» وليس بحاجات محبطة. عدت تلك العصابات، في البدء، تنميقات ثانوية للحالات العضوية وللحاجات المحبطة. ومع الزمن تزايد عد تلك العصابات الممثل الحقيقي للظواهر العصابية. ولم تتوطد النظرة المذكورة في فكرة فرويد إلاّ في عام ١٩٢٤ عندما كان عمره سبعين سنة عندما أضحت وجهة نظره بصدد العقل شديدة القرب من نظيرتها للتحليل النفسي حيث عدت الرغبة وحدة الاهتمام النفسي آخذة مكان الحاجة الحيوية وتحول التفسير المبدئي لمفهوم السائق الغريزي فعُدّ حالة ذهنية يُعنىٰ العقل فيها بالمطالب الجسمية

---

(١) المرجع السابق.
(٢) المرجع السابق.

(1) Strachey, J. (ed)., The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud, Hogarth, 1969, P. 179.

وليس انبثاقاً جسمياً للهرمونات أو نتيجة للعمل الداخلي للأحشاء. غدا القلق في هذه الحالة إشارة تواصلية تنذر الأنا بالخطر النازل وهو خطر يمكن أن يكون مسألة فكرة لا أخلاقية أو مرضاً يهدد الحياة. ونما علم نفس الأنا بمرور الوقت، وغدا الثاني أو الإشارة أو نظرية القلق المفهوم الوحيد للقلق وتكون العصاب وبالتالي للعلاج.

لكن هذا لم يكن بالنسبة لرايخ، فقد شعر منذ أوائل خبرته في التحليل النفسي أن التجربة الفعلية وخاصة الجنسية هي حجر الأساس. واستمر رايخ يعطي عملاً نفسياً هاماً لعدد من السنين. هنا يحس المرء أن مجمل التخيلات والفكر، والرغبة والشهوة كانت دوماً خارجية بالنسبة لواقعة عمل الجسم. وما أن تحل أواسط العشرينات حتى يكون رايخ قد أخذ أفكار فرويد الأصلية بصدد الإرواء الجنسي إلى درجة أنه عد الشبق الجنسي معيار الوظيفية السوية. حدث ذلك في نفس الوقت الذي راح يضع أفكاره الخاصة حول الطبع في صيغة تأخذ شكلها في وقت لاحق كدرع عضلي أولاً وكمحول لطاقة عضوية كونية حيوية سماه الأوركون[1].

قدم رايخ خلال أيامه مع التحليل النفسي مساهمات هامة لنظرية الأساليب وذلك بتأكيده ضرورة القيام بالتحليل بدءاً من الإتجاهات الذاتية ووصولاً إلى التخيلات المكبوتة[2]. يرى رايخ أن من بين وظائف الطباع الدفاع ضد الضغوط، لذلك فإنه يدعو إلى الإسراع في التحليل والوقوف دون تأخيره لما بعد طفو التخيلات إلى الشعور، وإلى مجابهة مقاومات المريض بعنف عندما تبرز في الموقف العلاجي.

بهذه الصورة وضع رايخ أسلوب مواجهة فعال يتحدى المقاومة الطبيعية للفرد. فقد رأى أن الإتجاهات المشار إليها تبدو واضحة بشكل خاص عندما تظهر في حركة جسم المريض وتعبيراته مثل البسمة الثابتة والرقبة المتجمدة

---

(1) Reick, W., The Function of the Orgasm (trans)., T. P. wolf, Panter, 1968.
(2) Reick, W., Character Analysis (3 rd. ed.), N. Y., 1961.

والصدر الشامخ المتصلب بوقفة عسكرية متشنجة. تخلق مجابهة تلك الأوضاع وتفسيرها دفعة انفعالات مضادة كالغضب المتأجج وراء البسمة والاتكالية المرتجفة خلف القامة المعسكرة. يفتح قيام الانفعالات المضادة خلف المظاهر الأوضاعية منطلقات جديدة للعلاج.

ويقود أمر لآخر لدى رايخ، فزاد من تركيزه في الأوضاع الطبيعية وسماها الدرع العضلي. إن ما فعله انسلاخ عن التحليل النفسي، بدأ رايخ بَعْدَهُ بضم الأساليب اللغوية إلى نظيرتها غير اللغوية التي ترجع إلى التدخل المباشر للجسم. وكان يحرر الإتجاهات العاطفية المتجمدة «بالانتباه» إلى التنفس والتوتر العضلي ونمط الحركة. ويتم الإنتباه المذكور سواء بتشجيع التغير الإنفعالي أو بالمعالجة الجسدية المباشرة، فينطلق المتحجر من الرواسب الطفلية المدمرة عبر التدفق الفعلي للمشاعر ويغدو الهدف العلاجي أكثر خصوصية «بالممارسة» العضوية الحقة في العقل. لم يعد علاج رايخ معرفة بالذات بل تدفق وحركة، ولا وعياً للرغبات المكبوتة بل تعبيراً عن تلك الرغبات وإرواء للحاجات المحركة لها.

نستطيع إذن تسمية منهج رايخ بالحيوي الوظيفي ويختصره اصطلاح الحظيفي. سمى رايخ طريقته علاج الأوركون أي المحول الطاقي لاعتقاده بان الطاقة العضوية تتدفق تحت تلك التغيرات. إلا أن من خلفه في النهج المذكور طرحوا فرضية المحول الطاقي وسموه بالحيوي الطاقي ويختصره مفهوم الحطاقي. جوهر الأمر أن تتوقف الصحة الانفعالية للفرد على الوظيفة العضوية لجسمه أي على حكمة الجسم والغريزة.

ذهب رايخ لأبعد من فرويد صوب الغريزة الجنسية فأعطاها مدى وأهمية لم يسبق لفرويد أن تصورهما لها. لكنه رفض السير خلف المعلم في ازدواجيته بصدد الطبيعة الإنسانية فينا. لقد ادعى فرويد أننا نتأرجح بين قطبي سائقي الحياة والموت في معركة أزلية تنتهي بالانتصار النوعي لسائق الحياة والهزيمة الفردية له أو بالهزيمة لسائق الفرد إلى الحياة عبر انتصار نظيره النوعي. لكن رايخ رفض الازدواجية المذكورة واستمر في نظرته الوحدانية

بعدُ «الإيرون» سائق الحياة الوحيد الذي لا يوقفه سوىٰ المحيط الكابت. تتفق وحدانية رايخ المشار إليها مع الفكرة الأصلية للعصاب الواقعي الذي يتصور الاضطراب ضرباً من إعاقة لا حيلة للفرد فيه وهذا يعارض وجهة نظر فرويد التي تدّعي أن الفرد يكبت نفسه وإنه يضطر لفعل ذلك بسبب الأفكار المزعجة التي يولدها في ذاته انطلاقاً من أرجحيته الداخلية.

تشكل نظرية رايخ منهجاً فعالاً يهدف إلى إمساك الذكريات المشخصة الصادقة ويصر بعناد بالغ على عدّ تحقيق السبق الكامل المعيار الوحيد الصادق لتحقيق الصحة النفسية للفرد، مما جرّه إلى انتقاد كل القيود الخلقية المنصوبة بوجه الفعل الجنسي. لم يدع رايخ، بذلك، إلى الإباحية الجنسية بالرغم من الشائعات التي اطلقها أولئك الذين أحسوا بالغيرة منه. فلقد قادته نظريته إلى الدعوة إلى صيانة وحدانية الزوجية وإلى تحريم أي نوع من الإنحراف عنها. نقطة رايخ في ذلك أن الشبق الجنسي الكامل يفيد في إبقاء الجسم صحيحاً. فالجسم يحتاج الشبق وأي شيء لا يعمل على تحقيقه وإطلاقه ليس جنساً بل خديعة وتشويهاً. تشكل ضروب العبث الجنسي كالاستمناء والمثلية وغيرها سعياً لا يهدأ تُبقي الإرواء الجنسي ناقصاً. ولا تقل نتائج الإرواء الجنسي الناقص الملازمة للعبث المذكور سوءً عن حال التزمت الجنسي الذي يحرم الجسم مساقه الطبيعي للإرواء الجنسي. كلا الصيغتين خاطىء ومدمر وغير صحيح، توازي آثاره السيئة نظيرتها للأمانة الاستحواذية لشريك لا يخلق في الفرد الرضىٰ التام خلال الفعل الجنسي.

توافقت «بيولوجية» رايخ العتيدة ونظريته الوحدانية في الغريزة مع النزعة إلى تجسيد الليبيدو أو خضعت لها. طرح رايخ، بصورة نهائية، التشبيه النظري للاهتمام الجنسي المُزَاح، وأصّل الليبيدو في الجسم وفي الطبيعة الأوسع للطاقة الكونية.

لا يستطيع المرء أن يؤمن بفكر رايخ، انْ لم يحتضن مسلمة يرسي عليها آماله من أجل الإنسانية. لقد كانت تلك المسلمة ماركسية في العشرينات أو الثلاثينات. فلقد قدم رايخ خلال الفترة المذكورة عدداً من

المساهمات لادماج التحليل النفسي بالماركسية، معتبراً الأول «سيكولوجيا أساسية» لازمة لإقامة قفزات ثورية، والثانية صيغة نظام اجتماعي ضروري للتحرير الجنسي الذي يجر بدوره إلى تحرير روح الإنسان. وعندما غرقت آماله في كل من الحقلّين التفت إلى البيولوجيا ذاتها فعثر في حقل الطاقة الكونية على نفس المبادىء المفيدة في التحرير.

غدا نمو رايخ من تلك النقطة مشكلاتياً ونأى كثيراً عن الأسئلة التي يطرحها العلاج فهل يجب عد عمله الأخير المشار إليه جنوناً يجب طرحه كلياً؟ إن سؤالنا هذا لا يعمل إلاّ على بدء صياغة السؤال بصدد تعثر عمل رايخ الأخير في التخيلات الحيوية وتحديد نسبة حجم التبصر الجاد في مجال النظرية الحيوية في تلك التخيلات. تصعب إجابة السؤال قبلياً ولا بد من إعادة تقييم عمل رايخ بصورة أشد منهجية وتجاربية مما قد تمّ حتى الآن.

مهما كانت قيمة رايخ العلمية فإن المرحلة الأخيرة قد أوصلت المسار المبتسر إلى نهايته وسرّعت انزلاقه إلى هاوية اللغط. فلم يعد ما عُدّ في البدء انقساماً عن التحليل النفسي أن يكون أكثر من كيمياء شعبية نفسية حيوية (بيوسيكولوجيا) تتخطى الفرد وتحمل ذات الصيغة من التحليل الوظيفي للعصاب إلى السرطانيات وتشكل الغيوم. واضح أن الأنماط الأخيرة للعلاج لدى رايخ ابتعدت كثيراً عن النفسي وغير اللفظي، بل وعن العلاجي.

وبالرغم من استخدام رايخ لمحول الطاقة (الأوركون) في الدفاع ضد الاضطهاد المدمر الذي انزلته الحكومة الأمريكية، فإن هذا المحول نفسه قد أضْعَفَ، ولأسبابٍ لم توضح بعد[1]، العلاج الرايخي في مراحله الأخيرة، فغدا العلاج المذكور بعيد الصلة بأصوله في التحليل النفسي. لقد أبقى رايخ على استخدام الأريكة، وعلى تمسكه بوجهة نظره الأساسية التي تدعى أن

(١) يرتبط الأمر بتغير رايخ وبالتجربة الأوركونية مع طاقة الأوركون لقد بدأ رايخ ينزلق في ازدواجية مماشية لطاقة الحياة فقد ادعى أن التطور النووي دفع أوركوناً فتاكاً إلى البروز إلى جانب تأثير بملاحقة مضادة. إلا أن الأوركونيين هذه الأيام نادراً ما يستخدمون محول الطاقة في العلاج.

السلوك يعبر عن العضوية. وكان يلجأ بين آن وآخر إلى استخدام التحليل اللفظي في عمله. إلا أنه وجه العلاج صوب شيء مختلف كلياً، تُبعد عنه بالضرورة الكلمات والرموز بعدِّها وسيطٍ سطحي. في تلك النقطة يكون المريض قد تعرى تماماً من أغلب ثيابه، فينقلب المعالج من مجرد شاشة إلى واغل نشيط يدلك عضلات المريض المعاقة ويضغط صدره المتيبس، ويدخل الأنابيب المطاطية في الحلق الجامد المولد للاختناق. قد يجلس المعالج بعد تدخلاته المباشرة، أو يلاحظ تساوق التنفس أو التدفق الإنفعالي في مريضه، أو يعمل على إثارة مشاعر الغضب القوي فيه أو ينكفىء يواسيه أو يبقى يتريث، وذلك تبعاً لحال مريضه التي قد تكون، بالتعاقب الترتيبي لسلسلة تدخلات المعالج، يابسة متجمدة أو متهالكة يائسة باكية أو يعمل فيها إرهاص لا تتضح مساراته.

لقد تصور رايخ العلاج جزءاً صغيراً من التطور النوعي الذي يؤكد انطلاقنا من ديدان الأرض وتطورنا التدريجي إلى الإنسان، ورأى أن العلاج يخضع لنفس مبادىء التطور النوعي فتنفتح الإعاقات بادئة بالجبهة منطلقة صوب الجسم عبر العين والفم والحلق والبطن والأرداف والأعضاء الجنسية. وترتسم نقطة النهاية بتحقق الشبق الجنسي بصورة كاملة. عندئذ يوقف العلاج.

لم ير رايخ أن تفتح الإعاقات يتقدم مستقيماً في الأجهزة الحيوية الوظيفية. بل أكد بروز مقاومات عنيدة في الجسم شبيهة بالمقاومات التي تصورها فرويد في العقل. لكنه يرى أن لتلك المقاومات وظائفها. لأن الانبثاق السريع للمشاعر المعاقة يؤذي المريض ويخلق مشاكل علاجية تثير ألم المريض وتعيق علاجه على الرغم من القدرة المذهلة للأسلوب العلاجي. إن أهم ما يميز علاج رايخ وغيره من الحطاقيين والجشتالتيين التخلص من علاقة التحول التي تعد أكثر مضاعفات العلاج الفرويدي سوء. فكلما قلّ ما يفعله المعالج رداً على سلوك المريض، أي كلما تشدد في فرويديته، كلما تصعد نمو تخيلات التحول خلال صراع المريض لحل لغز اشكال استجابة المعالج.

يعمل الدور النشيط الفعال للمعالج في كل ضروب العلاجات الحطاقية على تنميق تخيلات التحول. فيوقف نفسه لنمط علائقي محدد أوحد، ويستمر في الابتعاد عن الرموز والتخيلات لصالح ترك المريض للتجربة الجسمية. فما تعده ضروب العلاج الأخرى ذات قيمة تواصلية بين المعالج والمريض يحدد هنا عضوياً وفي المريض نفسه.

فهنا، في العلاج الحطاقي، يُحمَّل التخيل والتحول ويحمل العلاقة التبادلية والبعد الاجتماعي على قول المعالج الراعي للمريض: «إن واقعة وقوفي فوقك مدلكاً جسدك العاري من الثياب توحي، باغتصاب والدك لك». وهذا ليس مؤذياً للعلاج. بل وعلى النقيض من ذلك يفيده جداً، لأنه يحرك مشاعرك القوية بصدد تلك الحادثة ويدفعك للتحرر منها.

يحرك العلاج الطاقة، إذن. وهذا هو ما يجب أن يُعدّ. يتقبل الناس الذين التزموا بالعلاج الحطاقي تلك الصياغات. وقد يتعرضون لضروب شديدة من المعاناة الانفعالية لكنهم سرعان ما يهدأون ويستأنفون علاقات ودية قلبية أو في الأقل حيادية إلى حد معقول، مع المعالج. يبدو إذا ما أغفلنا أثر العقل اللاشعوري في السلوك، أن الدليل يدعم إدعاء رايخ من أن منهجه الحطاقي يتخطى بنجاح تام مشكلة التحول في العلاج. واضح أن ادعاء العلاجات الحطاقية بأنها تمارس العلاج مغالٍ به من وجهته السطحية وذلك لأن تلك العلاجات قد تطرح ذات الشروط الضرورية لإضاءة الأعماق النفسية. فما يقال إنه تحليل في تلك المناهج، إنما هو في جوهره علاج نفسي مباشر يبني على الحقيقة المتفق عليها مِنْ أنّ والدا المريض كانا كبتيين متجمدين. كان بمقدور رايخ أن يفعل أكثر من هذا، لكنه ليس شيئاً إن لم يكن مختلفاً أو مغايراً أو شاذاً عن رعيل المعالجين. والواقع أنه كان فعلاً مستحيلاً على المتابعة، وعملاقاً يرفض التراخي، وماركسياً بارزاً في حقبته، وشديداً في لا مبالاته بالواقع الاجتماعي، مما يدفعه بعنف لإقامة مدرسة علاجية خاصة به.

تمزق اتباعه بعد موته في عام ١٩٥٧ وبعثروا من معهد محول الطاقة

(الأوركون)، وانطلق كل منهم في مساره الخاص. وكان اليزوورث باكر في نيويورك أقرب شيء إلى الرايخية بالرغم من اختلافه الشديد عنها. يكتسب مفهوم رايخ للحطاقية اليوم شعبية متزايدة لتوافقه مع حركة الاحتمال الانساني فتزينت أغلب مناهج العلاج المهتمة «بتفتح» الذات بعبارات ومفاهيم رايخية ودخلت أفكار رايخ، دون التدقيق المنهجي المميز له، عدداً لا يحصى من علاجات التدليك، حيث تقف بذاتها نصباً يؤشر عبقرية رايخ، أو طعمت مناهج كالرقص والمسرحية النفسية والجشتالت وغيرها.

انطلق الكسندر لون أحد تلاميذ رايخ، في وقت ما، وأعاد تسمية علاج رايخ بعد أن طرح فرضية المحول الطاقي (الأوركون) بالمنهج الحيوي الطاقي (الحطاقي)[1]. ونجح لون في «دفعه» الحيوي الطاقي وغدا المعبر الرئيسي عن المنهج المذكور. ادّعى لون أنه حسّن عمل رايخ بتعريته من التحيزات الذاتية وبإعطائه انتباهاً نفسياً موازياً للحيوي والطاقي. ثم إن لون يعد إجراءاته الجسمية أكثر مرونة وتنميقاً من نظيرتها لدى رايخ. فهو يعتمد على التمارين والعمل الجمعي وغالباً ما يوقف المريض على الأرض بدل أن يمدده على الأريكة صنيع رايخ. يمكن للمرء إنْ هو تناسى المشكلة الثقافية أن يعد علاقة لون برايخ مماثلة لعلاقة الفرويديين الجدد بمؤسس التحليل النفسي. يتباين تقييم الناس لصنيع لون برايخ فيعتبره البعض إغراقاً للرجل وآخرون كما قال فرويد بصدد الفرويديين الجدد، تطعيماً للذهب النقي بواحد من المعادن العادية، وفئة ثالثة تكيفاً تقدمياً «لوقائع» المهمة العلاجية. من الصعب المفاضلة بين الاختيارات الثلاثة السابقة لاختلاف الباحثين بصددها، إلا أن مالا يختلف عليه الباحثون قط إنما هو اعتبار رايخ مثالاً آخر لأمركة العلاج النفسي.

ما هي المشاكل التي يلائمها الحطاقي، وهل يقتصر العلاج المذكور على العصابات ذات التعبيرات الجسمية؟ يجاب على السؤال الثاني بالتأكيد أنّ لكل العصابات تعبيرات جسمية خاصة عندما تعاين الأمور عن كثب. وهذا

(1) Lowen, A., The Betrayal of the Body, Macmillan, 1969.

ما فعله رايخ، وذلك ما يجب أن يُفعل إن كان للمرء أن يكسب أي شيء من العلاج. إن الوجه الجسمي للعصاب قائم في كل فرد، ولقد صممت الحطاقية لأولئك الذين يقدرون أو يريدون أن يعرفوا بذلك الوجه ولا يبالون بعرض عصاباتهم بطريقة أخرى. يمكن القول، في الإطار المذكور، إن العلاج الحطاقي شأن الحركات الإنسانية الأخرى، ينطبق على مدى واسع من العصابات التي تصحبها مشاعر الكفّ والموات (التموت). ويمكن توسعة مثل تلك السيكولوجيات بسهولة بحيث تشمل تناذرات النسيان وعطب الذاكرة والاحتفاظ. فما يقوله المعالج هنا هو: «إذا كان المجتمع يأخذ من حياتك القوة الفعلية فاستطيع في أقل الأحوال، ولكوني واحداً من المجتمع، إرجاع صيغة منها إلى جسمك».

لكن، يبدو أن الاضطراب الجنسي يتميز من بين سائر الاضطرابات العصابية بتسليم ذاته للعلاج الحطاقي. يَعدّ رايخ قوة الرعشة الجنسية معيار الصحة الذي لا بديل له. لذلك يشكل اضطراب الوظيفة الجنسية درئية أساسية لعلاج رايخ. لا يعني التأكيد الأخير أن تعالج الاضطرابات الجنسية معزولة بأعراضها الخارجية فقط. فرايخ لم يعدّ الفعل الجنسي أو ما يسمى بالقوة الانتصابية في ذاته، معياراً موثوقاً لصحة الوظيفة الجنسية.

لا حاجة للتأكيد بأن رايخ تصور عدداً ضئيلاً من الحدود بوجه «علاجه»، أو وهو الأصح، لم يتصور أية حدود. فطبّق علاجه على كل شيء بدءاً من الفصام حيث يعتقد أن إعاقة الطاقة تكون خلف العين إلى السرطان الذي عده استنفاداً جسمياً كاملاً. سوف نبقى نعد الحطاقية دون أية قيمة علاجية تزيد عن قدرتها على تنشيط العضوية إلى أن يقوم الدليل الواضح على الآثار التي تتركها في الأمراض المذكورة. نوصي بالعلاج الحطاقي لعلاج الاضطرابات التي تبرز فيها العوامل «بين الفردية» أو التي تتطلب معرفة عميقة بالذات لأنه في الحالة الأخيرة لا ينظر بجدية إلى محيط الفرد ولا يأبه بالتفاصيل النفسية المكونة للاضطرابات.

تتداخل الحطاقية بالعلاجات الجنسية سواء في الأهداف أو في الفن. إذ

أن الحطاقية لا تتردد في أداء النصح والمشورة، والعلاج الجنسي ذاته يركز مباشرة في الفعل الجسمي. ثم إن الأسس الإدراكية للمذهبين واحدة أو متماسكة بالرغم من اختلاف أصولها إذ أن رايخ يتحدر عن جدلية التحليل النفسي أما المعالجون الجنسيون فينحدرون عن السلوكية. يميل المنهجان المذكوران إلى الإمتزاج في إيجابية مشتركة حيث تشكل الملاحظات العضوية الحوادث الوحيدة الممعننة. تبقى الحطاقية، برغم ذلك، منهجاً عاماً يعد الجنس الحجر الأساسي خلافاً للعلاج الجنسي الذي يجعل الفعل الجنسي هدفاً خارجياً بذاته. يعمل العلاج الجنسي أيضاً وفق أنماط استشارية ترتبط جيداً بالأسرة في حين يبقى العلاج الحيوي الطاقي علاجاً فردياً بالضرورة.

حسناتها أنها توفر احتكاكاً بجانب من الواقع لا ينكر، هو الجسم. إلا أنّ في هذا سيئتها الأبشع أيضاً لأنها بذلك تجعل الجسم غاية في ذاتها وتقلل من أهمية الجوانب الأخرى من الحياة. يمكن إلقاء نفس النقد بوجه أصناف العلاج الأخرى. إلا أن الحذف هنا، شأنه لدى الجشتالت، خطير جداً. يشجع نفي البعد النفسي المعالج على التجاوز بالتفسير السهل والسطحي لأي انحراف أو مرض بأسباب عضوية وبمحاولة علاجه (بصورة فاشلة طبعاً) بتوفير الاحتكاك بجسم المريض.

٢٠

العلاج الأولي

برز من يطالب بلقب فارس العلاج النفسي هذه المرة من جنوبي كاليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية. فقد طرح آرثر جانوف علاجه «الأولي» وراح ينتظر الفرصة ليجعل منه «وسيطاً» في منظومة التحليل العَبْري إن لم يتمكن من فرضه في سدة المؤسسة العلاجية. لقد كان السؤال بصدد ما أضافه جانوف لحقل العلاج خافتا جداً لثقة الكثيرين بمساهمة جانوف القصوىٰ. لكن جانوف نفسه لم يكن ليفرح لإطرائه بما أضافه لحقل العلاج قدر فرحه لإطرائه لتنظيف الحقل المذكور من السلبيات التي رشقت به. فقد كان جانوف يعتقد أنه إنْ صحّت نظرية المرء، واعتقد أن نظريته كانت صحيحة، أخطأت النظريات الأخرى والمناهج المؤسسة عليها. تضع ملاحظتنا الأخيرة جانوف في عداد «المنقذين» الذين جمعوا من خلال تاريخ التحليل النفسي، إنطباعاً تؤكده دراسة صيحة العلاج الأولي[1].

يحاط عمل جانوف بكثير من الثقة واليقين. تغدق عليه عبارات الإمتنان المذهلة من مرضىٰ نعموا بالشفاء بخضوعهم للعلاج الأولي. ويكال له المديح دون حساب من مؤسسات إعلامية معروفة برصانتها. فقد كتبت إحدى الصحف تعطي لعمل جانوف أهمية كتاب تفسير الأحلام الذي طلع به فرويد عام ١٩٠٠ مؤملة أن تتخطىٰ حصيلة جانوف نظيرتها لفرويد.

(1) Jonov, A., The primal Scream, Sphere, 1973.

مهما كانت القيمة الكلية للعلاج الأولي، فإنه نقب صخراً يعج بقوة عاطفية ضخمة، يتصورها جانوف حقيقة أو جوهراً لتجربة طفلية مؤلمة تمتد من مدفنها العميق ورماً يربض على الصدر طوال كل الأيام اللاحقة. يؤكد جانوف أنه هو وحده يغوص لعمق كاف في ماضي الفرد يلملمه كله في إطار العضوية ليقدم بعده وفيه علاجاً شافياً للعصاب. أما الآخرون فقد عجزوا عن ذلك، إذ ضاع فرويد في «سكلجته» وتأرجح رايخ بعيداً في مفرطات الجسم، وعلق الوجوديون والجشتالتيون في الحاضر لا يبرحونه.

استمر جانوف عدداً من السنين يمارس في البدء علاجاً فردياً أو فئوياً بدا له فرويدياً أو فرويدياً جديداً إلى أن أفاق من نومه التعسفي على صرخة أحد مرضاه. كان جانوف قد حث المريض المذكور ظهر أحد الأيام أن ينادي بابا، ماما. وعندما امتثل المريض للأمر أمسك به وراح يردد العبارة دون توقف ثم استغرق في صراخ طفلي حاد شبيه بالموت «هز جدران عيادتي». روى المريض بعد ذلك مباشرة معاناته لانقلاب شعوري أصيل تمعنه جانوف ووصل من خلاله إلى إرساء العلاج الأولي.

تقوم في جذور العلاج الأولي فكرة أساسية مؤداها أن العصاب يشمل ألماً فعلياً حبيساً يتجمع فيه كل ما لدى الفرد من إيذاءات أو أخطاء طفلية. فيتألف العصاب أولاً من الدفاعيات وثانياً من حالة مزمنة من التوتر تنشأ نتيجة للحالة المذكورة.

يبدو الفكر السابق في حدوده الموصوفة نظرية مبسطة من التحليل النفسي تؤكد بشكل خاص التجربة الطفلية المبكرة. فعصابي جانوف، كنظيره لدى فرويد، رجل يزعجه عمل لم يكتمل. يخالف جانوف بيرلز فلا يثق بالقوة التكاملية للوعي الحاضر، ويخالف رايخ فيشعر بعجز العلاج عن حلحلة الدرع الجسمي، بل إنّ عليه أن يعيد إمساك ذكريات نفسية خاصة. يبقى، مع ذلك، خلاف جانوف مع فرويد عميقاً جداً بالرغم من أنه ليس بوضوح خلافاته مع الآخرين، ذلك لأن جانوف يعتقد مع بيرلز ورايخ وكل الآخرين، بأن الفعل العصابي لا يستغرق رغبات الطفل الخاصة واشتياقاته إلا بصورة ثانوية، أي أن العصاب يبدأ كشيء ينزله الأهل به.

ترانا، إذن، نرجع إلى نظرية العصاب الواقعي في صيغتها المتطرفة مؤكدة ألم الصدمة العاطفية الطفلية التي لا تُحتمل. يعجز الطفل عن الاعتقاد بواقع ما يحدث فيقيم الدفاعيات العصابية بوجهه ولا يعترف لذاته بـالألم المذكور، فيتوضع الألم في الأغوار النفسية العميقة بحيث تعجز هـدهات الحب، أو التبصر اللفظي، أو الضغط الفئوي، أو الوعي الوجودي أو أي شيء آخر عن سحبه إلى السطح الشعوري. بل يبقى الألم هناك جاهزاً للسحب. فما أن تهدأ الدفاعيات ويشعر المريض بالألم وبصوته خارجاً لأول مرة حتى تعاوده الصحة ويبرأ. إن اتجاه جانوف في شفاء العصاب إيجابي وثقته بتلقائيته مدهشة حقاً. يقول جانوف بهذا الصدد: إنني اعتقد أن هناك واقع واحد، أو منظومة منمقة فردة من الحقائق بصدد كل منا لا تسلم نفسها للتفسير[1].

إن ذلك ضرب من «الوجدانية» التفسيرية» وهي عينها ما تخلىٰ عنها فرويد عام ١٨٩٧ عندما رفض أن تكون كل سيدات فيينا البورجوازيات قد عانين، كما ادعين من مراودة آبائهن لهن، وأقر أنهن جميعاً امتلكن تخيلات بصدد المراودة لأنهن جميعاً رغبن بها. كتب فرويد في أبكر دراساتـه عن الهيستيريا أن مريضاته تعانين من الذكرىٰ. وكان عليه، بعد ذلك، أن يقرر فوراً أن ما خفن تذكره شمل رغباتهن الخاصة. تحول العلم الجديد وفق هذا التبصر إلى التحليل النفسي، ومنه قيد فرويد إلى الجنسية الطفلية لكونها ملتقى الرغبات ومطبها. ولم يرغب مرضى فرويد وحسب، بل إن شيئاً فعلياً كان يجب أن يحدث أيضاً، إذ لا بد أن تكون السيدات المحترمات قد رأين أو عانين وهن صغيرات أكثر مما رغبن البوح به الآن. لم يعمد فرويد قط، كما لاحظنا من قبل، إلى نفي فكرة العصاب الواقعي، بل قام لديه الاعتقاد بنفي قيام مجموعة فردة دقيقة من الحقائق بصدد أي منا لأن العقل يجابه الواقع بتخيلاته الخاصة ويشكل معاناته على الحدود بين الرغبة والواقع.

لقد انكر جانوف حدوث ذلك، وانكر ان للعقل قوانينه الخاصة، أو

١) المرجع السابق ص: ٢٤٥.

أن لهذا أثره في مخطط الأشياء. لذلك لم يُقِم مثل تلك السيكولوجيا الزخمية، بل ظل على «سيكولوجيا طبعية» مماشية لنظيرتها لدى بيرلز ورايخ حيث تكون الحاجة أولية والرغبة مجرد اشتقاق عن الحاجة تتلاشى فور تحقق الأخيرة. وبالرغم من التماثل الخارجي بين جانوف وفرويد، فإنه يعوز وجهة نظر جانوف المقومين الأساسيين المميزين لنظرية فرويـد وهما: الكبت بـاعتباره التفسير النفسي الحق للاشعور ونظرية الجنسية الطفلية.

تصور فرويد مواقف يشحنها الخطر تدريجياً بتقدم نمو الطفل ويؤشرها في كل مرحلة مصدر محتمل ومتميز من القلق الصادم. فيناضل الطفل أولاً ضد ضياع شيء يحتاجه (الأم أو صدرها)، ثم يتحول مرمىٰ خوفه إلى ضياع أمر أكثر تجريداً (حب الوالدين)، فإلى أمر تتصعد تجريديته إلى ضرب من الوهم الأوديبي (الخصى)، وأخيراً إلى خوف تجريدي يختلط فيه الواقع بالوهم يتمثل بالوجدان أو بالأنا الأعلى ويتأشر بالإثم.

يعارض جانوف تصور فرويد ويكشف حادثاً فرداً هو الصدمة الأولية التي تثير الازعاج في كل الحالات السابقة. تحدث الصدمة الأولية بشعور الطفل أن أهله لا يحبونه. والإثم «في أساسه... ليس أكثر من الخوف بفقدان الحب الوالدي[1]». وكل مريض ينتهي باكياً حظه لأن أمه أو أباه أو كليهما لا يحبانه. لا حاجة للإضافة، بأن الطفل لا يزيد على أن يكون لوحة فارغة، أو شخصاً سوف ينمو حراً لو وفر له الحب. إن جانوف لا يعتقد بأية تعقيدات داخلية في بنية العقل، بأي توريث، بأية رغبة، يُنزِل إحباطها المرض بالفرد لأن السبب الأول لكل مرض إنما يقوم بفشل الوالدين في توفير حبهما للصغير. ويطلق جانوف السؤال: أهذا هو الصدمة الأولية الحقيقية الكاملة أم جانبها الذي نشعر به أو نعيه في ظل المواقف العلاجية الخاصة التي يقيمها جانوف؟ الحقيقة أن الرديف الثاني للسؤال هو الصحيح فالصدمة الأولية مختلفة عن إدراكنا لها أو شعورنا بها ولا نعي منها إلا جانبها الأكثر متناولية.

() المرجع السابق ص: ٧٢.

تصدق، إذن، الحالة الأخيرة، خاصة وأن مصطلح جانوف التعبيري يستدعي إقامة مسرح وحيد البعد. سبق لقراء فرويد أن اعتادوا عبارة المشهد الأولي «وذلك إشارة إلى مجريات الفعل الجنسي الباعثة على الإثارة». أما بالنسبة لجانوف فيغدو المشهد الأولي وقتاً تتجمع فيه أو تتحقق فيه بصورة بدائية وفجة كل ضروب الإذلال والقمع والحرمان، مما يخلق في الفرد إحساساً مراً وحكماً يائساً، بان «ليس هناك أمل في أن أحب لما أنا عليه»، الأمر الذي يجعل الطفل ينزلق إلى العصاب بسهولة ويسر وهدوء[1].

يصر جانوف أن كل من يعود عيادته يجد نفسه أميل كثيراً عن ذي قبل لمعاناة الصدمة الأولية. ولا يلين جانوف في تأكيده تحطيم الدفاعيات وإمكانية تحقيق العلاج المطلق. فليست فكرة فرويد من أننا جميعاً عصابيين سوى ضرب من اليأس لفترة من حياتنا مضت وانقضت مخلفة وراءها ذكرى نسترجعها للاعتزاز بقدرتنا على تخطي المرض.

إن المنهج العلاجي الذي صممه جانوف لامساك الألم الأولي يثير الدهشة ويلفت النظر بسبب شدته وغموضه على السواء[2]. يعطى المريض أولاً مجموعة من التعليمات تحدد صيغة العلاج وتشمل التوجيهات المباشرة مثل «افعل ما يقوله المعالج فوراً وبصورة مباشرة. لن نتركك تتأذى قط». ثم يطلب إلى المريض اكتراء فندق لإبعاد نفسه عن مجريات الحياة اليومية للناس وذلك لمدة ثلاثة أسابيع. ويسأل أن يمتنع عن تناول أي عقار وأن يكرس كل وجوده للعلاج خلال الفترة المذكورة. يتعرض المريض خلال تلك الفترة المكثفة لجلسة مفتوحة كل يوم ويكون المريض الوحيد الذي يراه المعالج خلال كل الفترة. تستمر الجلسة عادة بين ساعتين وثلاث ساعات وتوقف عندما يقرر المعالج أن المريض لم يعد يحتمل المزيد. يخالف العلاج الأولي بذلك غالبية المناهج العلاجية التي تلزم نفسها بجلسة محددة ثابتة لوقت محدد ثابت.

(١) المرجع السابق ص: ٢٥.

(٢) تجب الاشارة هنا الى اختلاف ممارسات الاتباع عن نظيرتها لدى « المعلم » . ولقد مكن استمرار العلاج الأولي من بروز عددٍ من « الاختلافات » . وما يعرض هنا يمثل الأسلوب التقليدي الأصيل الذي أوجده جانوف .

يعمل المعالج خلال كل جلسة بنشاط نحو هدف محدد يتعارض مع مبدأ ترك المريض للتداعي الحر. يتمثل الهدف بدفع المريض، للتعبير عن أعمق مشاعره تجاه أهله وللصراخ عند الألم، وللتحدث بلغة الصغار، وللتقيؤ إن بلغ به الألم مبلغاً يجر للتقيؤ. أما الأشياء الأخرى، كمجابهة مواقف الحياة الراهنة وتفسيرات السلوك واتجاهه من جسمه، والأكثر دلالة، مشاعره من المعالج، فتبقى جانبية غير مباشرة. يقول جانوف بهذا الصدد: يقفل العلاج الأولي أي تحول ولا يسمح بالسلوك العصابي من أي نوع لأن ذلك يحول بين المريض وبين الإحساس أنه حر يفعل ما يحلو له. إننا نجبر المريض على أن يكون مباشراً بدلاً من أن يكون خاضعاً متذللاً أو مقتنعاً، ونطلب إليه أن يقع على الأرض ويبكي ويئن ويصرخ في أهله مباشرة أحبوني أحبوني. يجعل هذا السلوك النقاش بصدد كيف يمكن للمريض أن يشعر نحو معالجه تافهاً ولا مبرر له. تؤكد تلك الفكرة بأنه إنْ كان المريض يطلق مشاعره نحو أهله ويتابعها ويسقطها على المعالج، لا يكون لفعلي الاسقاط والازاحة ولا للمشاعر التي ينزل بها الفعلان المذكوران أية أهمية. فما هو أساسي وهام إنما هو المشاعر المبكرة نحو الأهل لأن الشعور بها يقلل العصاب والتحويل ويضعفهما[1].

لا تكون حقيقة هذه الفكرة البسيطة واضحة لنا وضوحها بالنسبة لجانوف إلا إنْ كنا مهيئين للاعتقاد معه بأن إكراه المريض لمنعه من الشعور نحو المعالج ينجح فعلاً في الحيلولة بين المريض وبين الشعور نحوالمعالج. يمكن لنا، إنْ سلمنا بالخصوصية المطلقة للفكر، التحدث عن تأثيرين مرتبطين ببعضهما: (١) دفع التعبير عن مشاعر التحول الى الظلام و(٢) تصحيح مشاعر التحول عبر بعض الأقنية الضيقة، وهي أقنية بعمق الأهل القدماء مطلقي السلطة وصانعي القوانين: أي بعمق الله العلي.

الواقع أنه يجب على المريض أن يكون واعياً تماماً أنّه إنما يتحدث إلى جانوف في الوقت الذي يطلق فيه تخيلاته حول أهله. ويتماشى جدولا الأفكار معاً ويمثل موضوع أي منهما، الأهل وجانوف، الآخر. لا يكون

(١) المرجع السابق ص: ٢٤.

لاطلاق المعالج للحدث المسرحي المذكور ولاقراره بأن ما يجري بالفعل ليس يجري، أثرٌ، إلا في استجماع صورة الوالدين محدِدَي الواقع وكليي القدرة، مما يحرف التواصل بين الاثنين (المريض وجانوف) لتكون له نتائج عاطفية قوية. فالموقف أكثر من ذكرى عارضة لنموذج تواصلٍ مشوش لرباط مزدوج وصفه غريغوري باتسون[1] ورفاقه عام ١٩٥٠ بأنه:

١ - إيعاز سلبي أولي: قوامه «لا تكنّ لي مشاعر أو لا تعبرْ عن مشاعر نحوي». الشخص الحقيقي في الغرفة مصيرك بين يديه.

٢ - إيعاز ثانوي يتعارض مع الإيعاز السلبي الأولي على مستوى أكثر وأبعد تجريداً ويوصل إليه بعدد من السبل: بالأوامر، أي بالحرمان وبالمثيرات العادية، وبتوجيهات للتعبير عن ذكريات الرفض الوالدي التي في المتناول المباشر. يعمل الإيعاز الثانوي إذن، كل ما هو ممكن لاثارة مشاعر التحول المتطرفة.

٣ - ايعاز يمنع الضحية المريض من الهرب من المجال هنا أيضاً يتعدد الأثر ويشمل العهد العلاجي والأجر الذي دفع وتوقعات العون من العلاج، والرضى من كون المريض تفرد بانتباه المعالج، والرضى العميق عن رغبة التحول ذاتها.

صيغت فرضية الرباط المزدوج في الأهل لايضاح «كيف يؤدي سلوك الأسر إلى انزال الاضطراب السلوكي بالصغار». يستغل التفسير المذكور في الوقاية من الاضطرابات وفي معالجة مدى ضخماً من صنوفها. ويستطيع المرء المغالاة في التنديد بالإجراء ودعوته استرقاقاً لملاءمة المفهوم المذكور لمقومات علاج الرباط المزدوج إذ يحس المريض بكثير من الراحة لاسترقاقه مما ينسيه الطبيعة التقليدية لعلاقته بالمعالج.

تشكل المرحلة المبدئية من العلاج الأولي أرضاً خصبة تشجع الاسترقاق وسواء حصل الاسترقاق أم لم يحصل، فإنّ تشبع بالتجربة بقدر كاف من

(1) Batson, G. (ed)., Steps of the Ecology of the Mind, Paladin, 1973. Behavior al Science, T, No. 4. 1956.

العاطفية يحمل خطر حدوثه. والواقع أنه يستحيل على أي تحول ديني أن يتم دون ألم المعاناة وصعابها، وأن «دماء» الاسترقاق تجري في عروق تاريخ كل المنظمات الاجتماعية. إلا أن العلاج الأولي يتميز بنفيه المنهجي «للعامل الاجتماعي» من فرضياته في حين يستغرق باستخدام أعمق صوره.

يرجع المريض بعد أن ينهي فترة الأسابيع الثلاثة إلى الحياة العادية ويتابع العلاج لستة أشهر أخرى في إطار فئته الأولية. يخالف العلاج في الفئة الأولية نظيره في الفئة التقليدية للعلاج للفئوي. إذ تنعدم في الفئة الأولية الفعالية الفئوية والنضال من أجل التواصل، والتفاعل والإلفة والقوة، ولا يتمتع افرادها إلا بالضئيل جداً من إمكانات التقارب لأن كلًا منهم يبحث عن «أوليته» في عزلة نسبية، فلا يرتبط بالآخرين إلا بمدى لعبهم دوراً نموذجياً يسهل على الفرد عملية البحث عن أوليته. تشكل تلك الفئة نقطة دعم وليس أداة مباشرة للتغير.

يدّعي البعض أن العلاج الأولي حقق نتائج بارزة. وسواء رجع نجاح العلاج الأولي إلى طرح المشاعر السمحة في جو العلاج كما يرى جانوف، أم إلى الظاهرة الأكثر هامشية والشبيهة بالتحول الديني، فإن أحداً لا يشك بقوتها. وتقوم النقيصة الكبرى في عجز المعالج عن العناية بعدد كبير من المرضى في وقت واحد، وفي اقتصاره على أولئك القادرين على تكريس الأسابيع الثلاثة له وعلى دفع مبالغ ضخمة لتغطية نفقاته. ليس على سياقنا العلمي الراهن أن يقيم وزناً كبيراً للعيب المشار إليه بصدد العلاج الأولي بسبب رجوع العيب المذكور إلى أمور لا علاقة لها بمقومات العلاج أو بمرتكزاته النظرية.

قد تكون تكاليف العلاجات الأخرى أكبر وإنْ كانت أقل وضوحاً والعلاج الأولي بطبيعته ثوري بحيث يهمل الاعتبارات الأخرى لصالح تحقيق بنى عليا للحياة. يهدف جانوف إلى تحويل الحياة الشعورية للفرد، وبخاصة منها ما يشكل لحمة الحياة اليومية من مثل العلاقات بين الفردية، والأسرة، والورطات الأخلاقية، ومشكلات الشغل وغيرها. فليفرض أن تلك الأمور

ترجع تأخذ أوضاعها الصحيحة تلقائياً أو آلياً حالما ينتهي الشخص من علاجه الأولي أي أن الشخص يرجع بعد العلاج الأولي إلى ذاته الفعلية. غير أن مثل هذه الذات تتعرض، كما يبدو في الصرخة الأوليـة، للتجرد من اهتمامها الإجتماعي لأن ذاتا تقدر أن تعيش مباشرة في عالم «الآن وهنا» تفقد اهتمامها في الكفاح وتفقد مطامحها ورغبتها في العراك. وفي حين أن جانوف يطرح أحوال.الذات المشار إليها لكونها بدائل رمزية أو مجرد عصابات، فإن المعالجين الآخرين من المشارب الأخرى يعتبرونها الأساس الغني الغامض الذي يجعل الفرد إنساناً.

لا يستطيع المرء التثبت من أن «الذوات الفعلية» تبرز من الشرنقة الأولية كما يدعي جانوف. إلا أن ثمة عارض شؤم يبرز دون شك عبر العصور ويقوم في العلاج بين احتمالات الاسترقاق والتحول وتجارب الهندمة وغيرها من طرف وبين التحجيم الخطر لاحتكاك الفرد بمتاهات الحياة من طرف آخر. لذلك يجب القول بأنه على الرغم من الوعود العجيبة التي يخلقها العلاج الأولي، فإنه قد لا ينجح في أكثر من تجديد السؤال عما إذا كان من الأفيد تفضيل «الصحة» التي يوفرها على العصاب العادي.

تجب معالجة سؤال المشكلات التي يلائمها العلاج الأولي على مستويين (١) ينطبق العلاج الأولي على كل المشكلات العصابية ذلك لأنه ينطلق في اطار النمط الأساسي للعلاج النفسي وزخمياته المتمثلة بوضع الفرد على اتصال انفعالي مع المشاعر الضائعة المفتحة. (٢) يعمل تعامل العلاج الأولي مع قدر كبير من الانفعال على تقريبه من حركة الاحتمال الإنساني في هجومها على مشاعر الاغتراب. إلا أنه، وبسبب جنوحه بعيداً عن الصيغ الأصيلة للعلاج وباتجاه الانقلاب الديني، يجب ألا يمارس إلا على أولئك الذين يريدون معاناة الصيغ المتطرفة من التجربة أو يطرحون أنفسهم مواضيع للتجربة الشديدة. يشابه العلاج الأولي في الاعتبار الأخير، التحليل النفسي التقليدي مع متابعة الأخير لسياق متأن من الانعكاس على الذات وغوص الأول «نحو جذور» صخرة المشاعر الانفعالية.

أليس هذا سبيل أسرع إلى نفس الهدف لأنه أكثر شدة؟ كلا. فالهدف هنا كما في أي مكان آخر، تحدده الطريقة العلاجية نفسها وإلى حد كبير. ففي العلاج الأولي تطغى التفجرات الانفعالية كوسيلة وكغاية. ومع أن التطهير الانفعالي قد يؤثر في الآلية العصابية، فإن على الفرد ألا يدخل العلاج معتقداً بأنه مجرد وسيلة لشفاء العصاب.

هل يعني ما سبق أن الناس يتأذون من العلاج الأولي؟ المعروف، كقاعدة علاجية عامة، أنه كلما كان العلاج شديد الانفعالية ومعادياً للنزعة التثقيفية لدى الفرد، قل نفعه للذين تتطلب مشكلاتهم أحكاماً معقدة بصدد الطبيعة الحقيقية لحلولها. وإني أرى أن الناس الشديدي التقبل للايحاء أو السريعي العطب من الناحية الانفعالية إنما يرمون أنفسهم في المخاطر في علاج من هذا القبيل.

تدفعنا الأسباب المطروحة آنفاً إلى الاعتقاد بأن ما يتحسس للدجل والشعوذة شأن العلاج الأولي، نادر. والواقع أن العلاج الأولي يبدو نكوصاً صوب المسمرية، بالرغم من حرص انصاره على عدم استغلال قوتهم. لم يمنع الحرص المذكور تفشي صيغ علاجية أو نسخ تنحرف عن العلاج الأولي وتسيء إليه. من الصعب إعلام القارىء كيف يبقى في منأى عن تلك الإساءات خاصة من جانب أناس غير أكفاء يدّعون القدرة العلاجية انطلاقاً من معرفة محدودة وتجربة ضيقة. لهذا يجب اتخاذ إجراءات خاصة من الحذر في فحص شهادات الاعتماد التي يدعيها المعالج الأولي خصوصاً وكل معالج عموماً.

٢١

المنهج الصوفي الروحي

يتمحور العديد من مذاهب العلاج حول فكرة الركون إلى الأساسيات بقشط الطبقات الخارجية والرجوع إلى الوحدة الداخلية الكلية للإنسان. يعد العصاب، في هذا الضوء، عائقاً يحول دون توحيد جوهر الحياة. يشارك رايخ وبيرلز وآلن جانوف جميعهم هذا الإتجاه على الرغم من تبايناتهم الواضحة. تبرز من النقطة المشار إليها من قبل، قناعاتهم الإيجابية ومسيحيتهم المولدة للهالة الدينية المغلفة لعلاجاتهم.

لقد تعرضت كل المجتمعات البشرية من آن لآخر لأنواع من المشاعر الدينية تتفجر دون توقف وتتمثل بالسعي الحثيث لاكتشاف «الكلي» المحرك للكون. كانت للسعي المشار إليه خاصية أثرت في سلوك النوع البشري بحيث عُدَّ الإتجاه العلمي نفسه إلهاءً أو عاملاً يخلق البعثرة والضياع. يعد إصرار فرويد على جعل المعتقدات الدينية ضرباً من وهم يقنّع الاهتمامات اللاشعورية ويفضحها أكثر إيلاماً من إنكاراته للتقليدي وللقائم. إذ لم تكن تلك الاهتمامات أكثر تنفيراً للإنسان من المطامح الروحية وحسب بل وأسرع إثارة للإذهال. علقت دعوة فرويد في أكثر من حلق والهمت العديدين لمبادرة الهجومات المضادة. ولا عجب في ذلك، لزلزلة فكرة فرويد للاعتقاد الذي يحتضنه الكثيرون مؤكدين فيه قبوع صيغة ثمينة وصادقة للتجربة خلف حجب التجربة العادية. إنها أكوان بكر على الأضواء الماورائية أن تكشفها.

طالما دعا التقليد الروحاني الصوفي إلى «أولوية الماورائي الغيبي» ووثق

دعوته تلك بعدد لا يحصى من أمثلة تؤشر النعم غير الأرضية وعقائد البلوغ الروحي. وصحيح أن التفكير الروحاني سبق العلاج أو ابتلعه وسار طريقه الخاص غير آبه بالعلاقة التي قد تقوم بينه وبين العلاج، إلا أن عدداً من قادة المدارس العلاجية قد تأثر بالتقليد الغيبي، وعمد عدد آخر منهم إلى احتضانه كلية وتبنيه علانية. يمثل منهج يونج النمط الأكثر شهرة وبروزاً في الصدد المطروح لضمه إلى ثنياته تعاون فروم مع بوذية الزن واكتشاف هورناي للأديان الشرقية في نهاية حياتها، ورحلة لينج إلى الهند[1]. حتى أن فرويدياً تقليدياً كهربرت فينكاريت قد انقلب في دراسته الرصينة «الذات في التحول»[2] وتساوق بصورة غير متوقعة مع الفكر الشرقي.

أشرنا لبعض تلك النقط في الفصول السابقة وبقي علينا الآن أن نطرح عدداً من المواضيع العامة للنقاش، ملفتين الانتباه منذ البدء إلى أننا في وصف البعد الروحي لسنا نرصد خطواتنا الخاصة لأن ذلك سوف يصنفنا في فئة من قرأ دليل غرس البذور بدل أن يعمد إلى غرس بذاره الخاص في حديقته الخاصة. لكنها مجازفة ولا بد من ركوب مخاطرها.

ربما كان المذهب الغيبي اصعب على الإمساك من الإتجاه الوجودي لتقومه من «كسح» اجتماعية متعددة المشارب ولعدم الدقة في صياغته كجزء من العلاج. يتماثل المذهب الغيبي مع الوجودية في أنه يضم عدداً كبيراً من المناهج العلاجية وفي أنه صيغ ليكون بذاته علاجاً محتملاً[3]. إلا أنه يختلف عنها بكونه أشد ارتباطاً بالممارسات الدينية التقليدية ولا يثور عليها. ولا يتساوق الإتجاهان تماماً إلا في معاداتهما للمؤسسات القائمة وفي إرادتهما للخوص في جوانب متخصصة من التجربة. وغالباً ما يتغيم التمييز بين الأثنين لالتزام كل منهما بإرساء صيغة خاصة من الشعور. تزداد الحيرة والارتباك إنْ نحن أكدنا أن أقدم المناهج وأصلبها في مجابهة مشكلات الحياة وورطاتها قد

(1) Fromm, E. and D. T. Suzuki, Zen Buddism and Psychoanalysis, Allen and Union, 1960.
(2) Fingarette, H., The self in Transformation, Harper, 1960.
(3) Watts, A., Psychotherapy East and West, Penguin, 1975.

شبك الأيدي مؤخراً مع أفانين التقصي العلمي الرفيعة دالفاً بواسطتها إلى ثغرات الشعور ووظائف الدماغ(1).

لا يجب لتلك المتاهات بالطبع أن تثير العصابي المؤرجح أو المغترب عن مجتمعه الذي يدب وحيداً في معارج حياته المغلقة. يقدم المنهج الغيبي للعديدين معتقداً صافياً ومنهجاً متكاملاً، ويعد بتحرير الإنسان من التوتر العصابي سواء مارسه التوسطيون الشرقيون بمن فيهم جماعات اليوغا والزن والصوفية والبوذية التيبتية أو متصوفة المسيحية واليهودية(2). أما الآخرون الذين تضعف لديهم الحاجة إلى إطار من المعتقدات والطقوس فقد عمدوا إلى استخدام الوسائل الاصطناعية لتمكين الفرد من برمجة تقدمه التوسطي بذاته فاستخدموا الأجهزة لتوليد الموجات الكهربائية المرافقة للفعاليات الدماغية المثيرة للبهجة. وعمدت فئة أخرى منهم وبأعداد أكبر إلى استخدام عقاقير خاصة «لتوسيع العقل» وخلق الهدوء. تختلف غايات نقط المدى السابق بدءاً من خليط مشوش غائم للتنميطية السائدة وانتهاء بالتكريس المفرط للضبط والالتزام الفريدين دون أن ينفي الاختلاف القاتم تخلل نقط الطيف بنسيج عام يوحد منحاها ويوصلها لتقاطِع العلاج.

تشتد فروق الرأي هنا فيدعي كثير من الملتزمين بالممارسات الغيبية إنهم يبدأون حيث يتوقف العلاج. يقول هؤلاء، أزل العوائق العصابية بأية وسيلة ممكنة أولاً، ثم تحسس طريقاً إلى الغيب. يخالف آخرون رأي أولئك فيعتقدون أن الممارسات الصوفية تحقق نفس الهدف الذي يحققه العلاج بطريق مختلفة تقود الشخص بعيداً عبر ممر الاستشراق. وتدّعي فئة ثالثة بأن الممارسات الصوفية، بتجاهلها للمهمة الحقة للعلاج، تقزم العمل الفعلي له وتحجم تغير المريض. تنطلق الغيبية شأن الكثير من المذاهب العلاجية من خليط من الوقائع المعروفة والقيم الشخصية. لكن ما هي تلك الوقائع؟ وهل يشتمل المنهج الصروحي على أي شيء ذي أثر يمكن وصفه بأنه علاجي؟

(1) Tart, Ch., Altered States of Unconscious ness, wiley, 1969.
(2) Narajo, C. and R. E. Ornestein, On the Psychology of Mediation, Allen and Unwin, 1973.

تهدف الصروحية، بصرف النظر عن مسلكها العملي، إلى بلوغ حالات مختلفة من الشعور أو بصورة أدق، إلى منظومة إغناء ذاتي تكون في المتناول العملي للفرد طوال حياته. قد تسلك المنظومة الخط الأول في سلاسل أبواب تقود خطانا صوب تجربة موحدة ونكون أحراراً في فتحها متى أردنا تأكيد وحدتنا. لا تكون التجربة الصروحية نفسها، في هذا الضوء، أقل صدقة من أية تجربة أخرى.

وهنا لا بد من الإشارة إلى أن ادعاء شيء بأنه أكثر حقيقة لا يعني بالضرورة صدقه. ويجب ترك السؤال بصدد «حقيقية» الأشياء للفلاسفة ملفتين الانتباه إلى تباين تفسيراتهم بصدد واقعية الأشياء عبر العصور[1]. ويبدو أن هناك دوماً صنفين عريضين من حالات الشعور يتركز الأول في الحياة اليومية موزعاً بين شخص عارف وبين شخص أو شيء أو حادث «مدرك» ويكون الصنف الثاني أكثر تنوعاً من نظيره الأول ويشمل العاطفة الجنسية والأحلام والغيبوبة ولحظات الإبداع الفني والشروط التوسطية والحالات التي تولدها العقاقير وغيرها من حالات تتحطم فيها القيود بين العارف والمدرك. طالما وصفت الحالات الأخيرة بالفساد. إذ تعارض شروط الحياة اليومية في كل المجتمعات الأولية تقريباً تلك الحالات أو تعمل على تنظيمها وتوجيهها عن كثب كما هو الشأن مع الجنس. يبدو أن التقاليد الهندية أكثر نظيراتها في سائر المجتمعات تسامحاً بصدد حالات فساد العقل. لكن التقاليد الهندية نفسها تهب الرجل المقدس أو «السادو» مكانة خاصة يراعيها أغلب الناس.

تتخطى طقوس التوسط ما سبق، فلا تولد مع الإنسان بل يفرض عليه تعلمها. وقد لا تكون طبيعية إلا بالمعنى العضوي العام، أما فيما عدا ذلك فإن المجتمع ونظامه يعترض تحققها الآلي أو العفوي التلقائي. المعروف عن الإنسان أنه حيوان سياسي يشكل المجتمع محيطه «الطبيعي». فإذا انحرف

---

(1) Deickman, A., Deautomatization and The Mystic Epperience, Psychiatry, 29, 1969, 324 - 328.

المجتمع صوب الصروحي كما هو الأمر في المجتمعات الشرقية أعطي البعد الذاتي وزناً كبيراً على حساب البعد الموضوعي. وتختلف المجتمعات الغربية عن الشرقية فهي تنحرف إلى المادية وتعطي الوزن للبعد الموضوعي. وليس هناك مجتمع على الاطلاق، يطمس الثغرة بين البعدين الذاتي والموضوعي.

ليس المجتمع «المجرد» من يقاوم طمس الثغرة بين الذاتي والموضوعي. بل إن من طبيعة البنية المشخصة للعلاقات الإنسانية أن تقيم التمييز وتبقيه. ويصير الشخص ذاتاً بفضل ذاته وقدرتها وميلها للتطور من حال طفلية تميع خلالها الحدود بين الذات والآخر. ولا تني فردياتنا تخضع لأدوار متميزة لا تحصى في الحياة الإجتماعية والأسرية تشدد ميل الذات إلى التمييز الذي لا يقف إلا في القبر.

ينزل فعل «فصلنا» عن الآخر، قدراً من الامتعاض يجعلنا غير سعداء، إلا أننا لا نريد إلا أن «نفصل» خشية الذوبان في الآخر وضياع الهوية. تشكل إرادتنا تلك الأرومة العميقة والأصيلة في كل الجهود لخلق «الوحدة» الذاتية وفرضها على حقل الواقع دافعة كل أشيائه إلى تضحية هوياتها طعاماً لهويتها الذاتية الخاصة. ويبقى فعل الاخضاع مقبولاً إلى أن تتعرض نفس تلك الذات لمحاولات اخضاع الذوات الأخرى. ربما لهذا تعمد كل المجتمعات، ولراحة كل فرد، فرض تحرٍ مؤسساتي على فعل تحقيق التجربة الموحدة.

فعندما ينتقد انصار الطرق الشرقية ازدواجية الغرب، إنما يفضلون عرض بديلين من الأشياء. البديل الأول مثالي، يتمثل بحالة الذاتية الصوفية، أو بوحدة الذات والموضوع، وهو مثال يمكن تحقيقه وتنميته لكنه لا يقوم في سياق التجربة الانسانية. أما البديل الثاني فهدف واقعي يقصد منه بالتحديد أخذ البعد الذاتي مع مجموعة من الممارسات التي تقويه بجدية أكبر. يوازي الكثير من العقائد الشرقية، إذا ما نظر إليه في ضوء نقد الإزدواجية والبدائل المطروحة، علم النفس الغربي كما يدرسه عقل يولي الوزن الأكبر وبالتالي «واقعية» لصيغه الذاتية. يبلغ هذا، من زاوية أخرى، حد تشديد

تأكيد ترابط الأشياء كلها الإنسان، والذكر والأنثى، والعارف والمدرك، والأمة نفياً لتعارض ازواجها أو نقائضها.

وما شأن ذلك بالعلاج؟ إن الجواب معقد تماماً ذلك لأن الصروحية تعطي الفرصة لبروز مدى كبير من الحالات المعاناة، بدءاً من بلوغ الحال المفرحة للتوحد، وانتهاءً بمجابهة رعب التخيلات الشيطانية المكبوتة. ولا يختلف الموقفان عن الارتحال عبر عقار جيد أو سيء بالترتيب المتعاقب. ينجح عامل «التغير» سواء كان عقاراً أو طقساً توسطياً، في فصم الفرد عن توقعات الحياة اليومية ومدركاتها.

تختلف بؤرة الصروحية عن نظيرتها للتحليل النفسي حيث يشجع التداعي الحر للأفكار الذاتية بضمه إلى التعبير اللفظي وجعله جزءاً من تواصل موضوعي مع المعالج. أما في التوسط فتثبط تسمية الأفكار أو تستبدل بذاتية خاصة منتقاة عبر توجيه الفرد لانتباهه. فتربط درجة التركيز الرفيعة في اليوغا بتضييق مزدوج: اولاً، بالالتفات إلى الذاتي، وثانياً بتجريد الذاتية من السراح الحر للتخيلات اللفظية التي تتولد إن التُفِت إلى الموقف بكل لويناته الحقيقية. يقلب التفاتنا عن التدفق العام للأفكار والصور وتحويله إلى الفراغ، التوازن العادي لتجاربنا. ويبدأ الناس، عندما يوضعون في عزلة حسية يخف فيها الوارد الحسي، يهلسون، أي أن الوارد الحسي الذاتي يملأ الفراغ الذي يخلفه نقص الوارد الخارجي تماماً كما يحدث في الطقوس التوسطية.

يتوقف نتاج الانقلاب إلى الذاتي على مدى عمقه واستمراره وعلى العقيدة التي يرتبط بها. لقد صنعت أكثر الطقوس التوسطية لحماية الفرد من المشاعر المؤذية وصيغت القلة الباقية من تلك الطقوس لاطلاق يد الشيطاني وإمساكاتها. يتوقف الأمر على الإتجاه الذي يحمله المرء إلى الطقس وعلى الوضع الذي يثار فيه وعلى شدته. يعاني المرء، لتحقيق الهدوء المفرح، حالاً ذاتية تتوافق مع الحال القديمة التي تُوَضع فوقها. فانْ كانت الحال القديمة توتراً عصابياً تكسر فيها القوى الهدامة أطواق الكبت مولدة القلق والأعراض والكف، سارعت الحال الجديدة لرتأ الصدوع وسد الشقوق. هنا، يوفر

الإتجاه العبْري تخيلات التوحد التي تتصدى للخوف المتمثل بدرجة تكبر أو تصغر في كل موقف عصابي. ينتج عن ذلك أن يغدو الكل واحداً فيقضي على الإحساس بالعدمية ويتمكن المتوسط بالتفاته بعيداً عن جهود الجسد من تجميد النزوات الجنسية والعدوانية. يقتنع المرء بسبب إطار الاستناد الفكري الجديد بأن ما عد ورطة الحياة الصعبة لم يعد مشكلة على الاطلاق، ويفيد الانعتاق الذي يوفره الإدراك الجديد في تعزيز فعل التركيز الشعوري نفسه.

تثار التجارب بقوة تكفي لاغلاق التيه العصابي بأحكام تام. ولا بد، إضافة لذلك، من دعمها بتوجيه رئيسي لحياة العصابي وإلا لم تفلح في أكثر ما تحققه بعض قطرات من الكحول. قد يرى كثيرون، في ضوء ما سبق، أن الناتج لا يوازي الجهود المبذولة، خاصة عندما يعرفون أن الحفاظ على تلك المكاسب يتطلب منهم انضباطاً أكبر كثيراً مما وطنوا النفس عليه. يقول زاهنر في دراسته «الزن، العقاقير والصوفية» عن العفوية المزعومة في البوذية الزنية «لا شيء يفلت من الحقيقة. لأن التعب العاصر شرط مسبق ولا مفر من احتماله لبلوغ النور الزني»(١).

لا شك أن بإمكان المعالج تحقيق قدر من النجاح في تعديل ثانوي للسلوك بجهود أقل نسبياً، بحيث يكون للتوسط نفع عام يؤهله لأن يصنف في فئة «أشباه العلاج». فقد لا يحتاج رجل الأعمال المضطرب لأكثر من إراحته ومساعدته على الإقلال من التدخين. أما التغيرات العقلية فيصعب إحداثها بذات المرونة. لا يقصد لحكمنا الأخير أن يؤشر تحيزاً ضد الطبائع الفعلية للأشياء. يعج الكون بحالات الموات التي يراد التخلص منها بطريق «التوسط»، غير أن ما يعد مواتاً يبدو بالفحص الدقيق المتمعن زخماً جوهرياً لقوى صدرت عن الجسم والعقل اللاشعوري والعالمين المادي والإجتماعي وجمدها الصراع فبدت مواتاً. لا يكفي التوسط وحده لتحطيم الموات وفك الاسار وتحرير القوى المجمدة بل لا بد من منظومة متكاملة من المعتقدات تضاف إلى جهد للانضباط وإلى لحمة اجتماعية داعمة لتدجين ذات شرسة

(1) Zachner, R. C., Zen, Drugs and Mysticism, N. Y., 1972, P. 125.

تتصارع عناصرها وقواها. أما اللجوء البسيط المجرد للتوسط أو ما يسميه زاهنر بالصوفية الطبيعية فيتجاهل حياد الطبيعة إزاء الخير والشر خلافاً للطبيعة الإنسانية التي تُحرك للعمل عندما يُعاق الشعور، ففيها الشياطين والملائكة.

فإن لم يطمح العلاج الصروحي لأكثر من التغيرات البسيطة كانت نتائجه ضحلة أو عرضية وربما ترك رواسب كالتي تصاحب الكابوس المرعب ورحلة العقار السيء. أما إن هو طمح لأكثر من التغير البسيط والثانوي، وجب ادخال البعد الاجتماعي متمثلاً بنظامٍ ما من الممارسة أو بعقيدة فكرية معينة أو ببعض اشكال التسييس. وعلى أي نظام يقام على «الذاتية» أن يلزم نفسه بالأخذ بالحقيقة التي تؤكد بأن الحالة المتغيرة للشعور الذي يهدف لتحقيقها لا تقوم إلا بتضيق الانتباه. لذلك تتوقف الممارسات الصروحية دينية كانت أم علاجية، بسبب طبيعتها ذاتها على تراخي نظر المبحوث عما يجري حوله. يُتوقع من الصروحي أن ينظر عبر الأشياء لبلوغ وحدتها الكلية وليس إلى الأشياء للتعرف على تبايناتها الخاصة والمعاني التي تربطها بها الحياة الإجتماعية اليومية.

إن عدت المؤسسات المحيطة بالذات «طريدة» أو «وهما» فماذا بصدد المؤسسات التي توفر هذا النوع من الرؤ يا؟

تتمزق تلك النحل بسبيلين: فهي من طرف تقترح تغيراً جذرياً في كل صيغ العلاقات الإنسانية، وهي من طرف ثانٍ تتوقف على الثبات والاستقرار. تكون النتيجة، خلافاً للعقيدة القائلة، بأن «الكل واحد» إنقسام برامجها بين مسعىٍ روحي حسن الصياغة ومسعى دنيوي يسمح له أن يتساوق مع النظام القائم. ادرس، كمثال، اليوغا وهي شكل من الممارسة الشرقية غالباً ما تفرد لملاءمتها الفريدة للتراكب مع «سبل» الغرب بسبب خاصيتها التي تبقيها على ارتباط بالجسم والمتعة الحسية. كتب المفكر الكبير هنريخ زايمر عن هذه النحلة إنه لا يجب الافتراض بأن تلك اليوغا تتضمن أي نوع من الثورة داخل المحور الإجتماعي المتميز عن محور التقدم الروحي. إذ يعود التوسطي إلى موقعه في المجتمع، لأن في المجتمع نفسه تعبير واضح

عن المدأة. وفي عودته يؤكد الكون كما هو تماماً فلا هو ينبذه كالملحد ولا هو يصححه كالمصلح الاجتماعي[1].

تلك، ببساطة، نقطة مشكلاتية لا تحل برأي مريدي غاندي بخفة. فإنْ أنت رفعتها بعيداً في إطار الدين جنحت كثيراً عن الهدف. أما في إطار الصيغ الصروحية للعلاج التي وإن كانت لا تتناولها بوضوح فإن علينا أن نسأل: إلى أي حد تتوقف نتائج المنهج الصروحي المحمول أبعد من التوسط العزلوي، الذي قد لا يكفي، على مجرد التغير في الشعور، وإلى أي حد على تأثير الوضع الإجتماعي الذي يقوم فيه التغير المذكور؟

حاول كلوديو نارنجو الطبيب النفسي التشيلي مؤخراً استخدام بعض العقاقير إلى جانب العلاج النفسي[2]. كانت العقاقير من النوع «المحرر للعقل» بمعنى أنها تسهل أنماطاً خاصة من الشعور دون أن تجر إلى تفكيكه صنيع بعض العقاقير الأخرى. هدف نارنجو إلى الحصول على خير ما في «العالمين»، أي بلوغ أعماق التجربة الصروحية وفهم الجانب الموضوعي من حياة التحليل النفسي. ماثل أسلوبه النفسي خليطاً من العلاج الجشتالتي والتحليل النفسي بعد أن يجرد الأخير من العمل الشاق للأسلوب التقييدي في التداعي الحر، ومن فعل التحويل ومن الهدر الضخم في المال والجهد. يكشف عنوان نارنجو: «رحلة الشفاء» عن هدفه المتمثل برؤيا دانتية (نسبة إلى دانتي) قيل إن فرويد نفسه استخدمها. يسافر الفرد عبر شعوره فيلامس جهنمه الشخصي ويخرج متحرراً معافىً.

يعد عمل نارنجو مهماً جداً لكنه مشحون بالخطر إذ يخلق كل عقار نمطه الخاص من التأثير الذي يبدو أن أعماق المرضى تستجيب له، مما يجعلنا نحس أننا نطأ حقلاً تتفتح احتمالاته المعطاءة. غير أن من الدال أن نلاحظ أن نارنجو يطرح من حسبانه البعد «بين الفردي» الذي يتمثل هنا بمشكلة التحويل، وبمجمل العامل الاجتماعي. يستدعي العمل شأن الحال في العلاج

(1) Zimmer, H., Philosophies of India, Routledge, 1951, P. 573.
(2) Naranjo, C., The Healing Journey, New Approaches to Consciousness, N. Y., 1973.

الأولي، احتكاكاً بين المريض الذي يخضع لمعاناة صيغة نكوصية طفلية من التجربة وبين معالج (شامان أو كاهان) يقوده في رحلته. قد لا تكون لنارنجو اتجاهات عنجهية، كما هو الأمر مع جانوف، إلا أنه أكثر صمتاً من جانوف بصدد مشكلة الإيحاء والاسترقاق التحويلي فهو لا يمس تلك المشكلة إطلاقاً.

تتناول المشكلة المطروحة التأثير المباشر للمعالج وتتخطاه. فماذا بصدد العقار نفسه؟ هل يستطيع المريض الإدعاء بأن تلك حقائقه الخاصة انجزها بذاته وبأن التأثير الصيدلانية تافهة أو عديمة القيمة؟ وهل يرجع ما حققه إلى طبيعته الذاتية الداخلية الأصيلة أم يبقى مجرد وهم يحتضنه مؤقتاً لمنفعته الخاصة؟ هل عمل المريض على الكشف الذكي عبر المقاومات أم أنه رماها جانباً فنبش كل ما استطاعه وقفل راجعاً إلى اغترابه اليومي؟

يشك في إمكانية إجابة تلك الأسئلة ضمن الحدود التي نعرفها الآن عن الصروحية. وهي علاوة على ذلك، لا يمكن أن تجاب خارج إطار القيم الشخصية والسياسية. إلا أن للبعد الصروحي المدروس أهميته الخاصة في اختبار للإقلال من قيمة مجمل البعد الموضوعي بكل شقاواته وبكل بهاءاته المتميزة.

هل يجب في ختام طرحنا للصروحية التأكيد بضرورة الصاق الصفة «عملي» بكل مناهج الصروحية؟ كلا. بالتحديد. لكن كل مسعى مشخص يقيم بعض المساومات والتراضيات مع الواقع. وقد صمم المنهج الصروحي نفسه عدداً من تلك التراضيات لحمل الصوفية إلى حلبة العلاج. قد تكون صوفية مضعفة تلك التي أقامتها الصروحية إلا أنها تبقى ذات نتائج عملية نافعة.

واضح أن الإجابة تختلف بتباين نمط المنهج المنتقى مما يجعله حقلاً عاماً يمتنع على التلخيص ولا بد من بعض الأمثلة لتقريبه إلى الإفهام. يستطيع «التوسط» بمفرده أن يحقق تأثير إيجابية واضحة في الفرد وتتحدد بعبارة «تركيز الوعي» الذي يعمل على تحسين المشاعر العصابية. ويبقى تركيز الوعي منهجاً

يتناول الأعراض ولا يشكل بذاته الإجابة الملائمة للحال العصابية. تقع حدود المنهج الصروحي في عجز كل فرد عن ممارسة نقد ذاتي لحياته.

للتوسط المضاف للعلاج النفسي ذات المدى التطبيقي الذي للعلاج نفسه تقريباً. يوازي التوسط كل صيغ العلاج عدا التحليل النفسي والعلاج السلوكي تقريباً، بسبب مخالفته للقاعدة الأساسية المتمثلة بالتعبير اللغوي بالنسبة للأول، ولاشتماله الذاتية التي تنفيها السلوكية بالنسبة للثاني. تقوم اعتبارات مناظرة بصدد العقاقير وإشراطية ألفا وغيرها من الطقوس التي تهدف إلى تغيير الشعور كالتنويم الذي يدعم علاجات أخرى.

تنعدم الحدود القاطعة بين الممارسات العلاجية والدينية في العلاجات التوسطية وحدها من بين سائر ضروب العلاج. ولما كان للدين وزن كبير في مخطط الأشياء، وجب استخدام هذا النوع من العلاج لأولئك الذين يتركز اهتمامهم الأول في التحقق الروحي وليس في التخلص من العصاب لأن الأخير لا يحدث إلا بعد تحقق الأول. وبنفس المنطق، فإن مشكلة عصابية معقدة خاصة منها ما يتورط بالوسط الاجتماعي لا يفيدها العلاج الصروحي إلا قليلاً جداً.

وليس ثمة سبيل للاختيار من بين مختلف العلاجات الصروحية لأن النوعية العلاجية ملعب معالج موهوب وفئة من مريديه. إن العلاج، بعدّة طبقات أو أصناف، يقاوم المنهجية بسبب نزعته التي تتعارض مع الموضوعية. وليس في متناولنا أي دليل واقعي إلا رأي الفرد العارف ببواطن الأمور، بسبب طبيعته ذاتها، يعارض الموضوعية.

يعمل دور المعالج الراهب أو يميل لممارسة ضروب الاستغلال المذكورة من قبل، إلى درجة قصوى بسبب تخليه عن الملكة النقدية وإثارة القدر الكبير من التلهف الطفولي خلال المعاناة الصروحية التي ترتبط، في الغالب بكل أنواع مشاعر التحويل اللاعقلية التي يدورها، تتراكم وتوفر، حال بروزها أرضاً خصبة لكل ضروب الاستغلال التي تقويها التبريرات الدينية.

٢٢

البعد الفئوي

تقصينا العلاجات التي تستهدف الحالة العقلية للفرد والعلاجات التي تركز في الجسم والتطهير الانفعالي أو بعض الجوانب الخاصة والخفية للتجربة. يعد الجانب الاجتماعي جوهر كل تلك العلاجات سواء عد مسؤولاً عن العصاب ذاته أو استخدم وسيلة للشفاء. وهو يلعب دوراً بارزاً في بعض العلاجات، وخاصة في الفرويدية الجديدة لكنه أضعف بدرجة تقل أو تكبر من بعض العلاجات الأخرى كالحظيفي والصروحي.

يستخدم العلاجان الجشتالتي والأولي الفئات بقدرٍ ما لتشديد تغيير الفرد خلافاً للبعد الاجتماعي فلا يعطى أو لا يبوأ مركز المسرح العلاجي فيهما. سوف نعتبر في هذا الفصل والذي يليه فئات اصطناعية شكلت لهدف العلاج أما الفصل اللاحق فيتناول العلاج في الفئة البدائية الطبيعية، أي الأسرة.

يرفض الناس احتمال مصاعب أي علاج والخوض فيها إنْ لم يشر في نقطة ما إلى سعي الفرد نحو السعادة ويعد بالعمل لتحقيقه. يتضمن التوجه الفئوي تغيراً نوعياً في مداه يتمثل بطريقة معينة لرصد سلوك الناس والتطلع إليهم وفهمهم، ليس من زاوية ذاتياتهم الخاصة، بل من خلال منظومة من العلاقات بالآخرين. نحن نعلم أنه عندما تذهب أفكارنا الشعورية في طريق ما، وحياة الجسم في طريق أخرى، نكون تحت تأثير قوى ليس لنا عليها سيطرة وتجرنا نحو التمزق أو تدفعنا إليه. تشق تلك القوى من ارتباطنا

بالجماعة ويخدم تجاهلنا لها «تفريغ توقعاتنا من هوائها» دون أن يضعف امساكها لنا وإساءتها إلينا.

تسوق الأبعاد الثلاثة المكونة من الجسم والعقل والمجتمع دروبها الخاصة وتبقى مرتبطة الواحد بالآخر، بحيث يستحيل عدها خارج ترابطها المتبادل والوظيفي. وعلى الرغم من اتهام النقاد لفرويد بالدفاع عن فرد «مضيق أو مصغّر» وعن علم نفس آلي، كتب «إن علم النفس الفردي... هو في نفس الوقت علم نفس فئوي سواء بسواء»[1]. ولئن ثار الجدل حول قيام غريزة اجتماعية أولية فينا، فإن الاتفاق تام بصدد تأكيد أن كل ما يستحق الملاحظة مما يجري فينا إنما يحدث في سياق اجتماعي. لذلك فإنه يستحيل تعريف الحياة الإنسانية دون الإشارة إلى المشبك الاجتماعي وإن أكثر الفلسفات إغراقاً في فرديتها تجعل الفئة أو مجرد قطيع من الآخرين «الشيء» الذي ضده يؤكد الفرد ذاته.

يدخل في تشكيل الفئة قدر من عوامل إحيائية يختلف مفهومها عن صيغة الغريزة الاجتماعية المنمقة. فليس هناك شيء أكثر داخلية أو احيائية من عجز الطفل البشري واتكاليته ولا شيء أدعى من صفتي العجز والاتكالية إلى فرض تشكيل الروابط الاجتماعية. ويقوم المجتمع في الأصل لتنظيم السبل «أمام المخلوق» الذي لا يستطيع أن ينطلق ويبقى وينمو دون عون الآخرين في كل مرحلة من مراحل وجوده[2]:

يجب الاعتراف، بالرغم من انطلاقنا من فكرة حتمية الروابط الاجتماعية» بأن الموقف يختلف طبقاً للتوجه النظري للرصد والملاحظة أي طبقاً لنقل مرمى الرصد من الفرد إلى الفئة التي ينتمي إليها الأخير. ويبدو أن من الضروري لنا أن نركز بصرنا في مكان واحد في المرة الواحدة، وذلك بصرف النظر عن الكلية المفروضة في طبيعة الأشياء. إننا نرصد في الفرد الذاتية والتخيل، ونتلمس آثار العالم الاجتماعي في مشبك السوائق الغريزية،

(1) Freud, S., Group Psychology and the Analysis of the Ego, In the Standard Edition, vol. 18, P. 67.

(2) Labarre, W., The Human Animal, Chicago, 1954.

ونتنبأ بالقيم والأدوار وبكل مجموعة «الذوات» الداخلية التي تنطلق لتجعل من الفرد شخصاً متميزاً وهوية فريدة. إذ يتمثل في داخل أي منا كلُّ مجتمع الآخرين الذين عشنا معهم كل حياتنا. وننظر إلى الفئة فنرى نفس هذا الفرد متوجهاً للخارج ثانية. ونرصد تعامله مع الآخرين والصفقات التي يقيمها بالارتباط بهم وندرس مدى التواصلات التي ينخرط فيها فنرى أن الذات تشترك مع الآخرين لتشكيل الفئات التي يبدو أنها تمتلك قوانين خاصة بها للتنظيم والسلوك.

البعد الفئوي في كل مكان من العلاج. يُعدُّ المعالج والمريض عضوين في فئة اجتماعية يتواصلان جيئة وذهاباً كل الوقت. ومهما يحدث نتيجة لذاك التواصل، سواء عدّ حركة طاقة أوركونية أو إمساك للصدمة الأولية أو كشفاً عن الذات الحقيقية أو سواء جعل اللاشعوري شعورياً، إنما يحدث نتيجة للتواصل المذكور. لقد سارع علماء السلوك للإشارة إلى أن تلك التواصلات تشكل الشيء الوحيد الملاحظ في كل العملية. غير أن من يكره البنى الداخلية من الباحثين يفضلون التعامل مع البعد التجاربي للتواصل ومع المنظومة التي يرسخها الفرد وليس مع المنظومة الراسخة فيه مثل الحقيقة النفسية أو الشعور أو غيرها من البنى الداخلية.

يوفر الالتفات للبعد التجاربي للتواصل حيزاً جديداً وكاملاً من الأفانين العلاجية. يؤثر العمل بمحور اجتماعي في العصاب بسبب تفريغ كل موقف عصابي إلى البعد الاجتماعي أو جره إليه. زج ببعض الناس معاً وأدرس السياق الذي يحدث فيه السلوك مهملاً كل ما هو ذاتي خلف ما يحدث، تخلق تلقائياً شروط العلاج الاجتماعي.

ليست هذه سوى بداية يقبع خلفها شيء آخر يتمثل «بحرية الجميع». من الصعب أن يفكر المرء بمنهج لمجابهة الحياة الإنسانية، ويجعل منه أو يسميه «علاجياً» إنْ لم يشق له سبيلاً خلال وضع فئوي محدد. تقوم الصعوبة المذكورة وتصدق على كل ضروب العلاج بدءاً من التحليل النفسي ومروراً بالطقوس الشيطانية وانتهاءً بجلسات الحطاقية والعلاج الأولي وسياقات

التعري وغيرها مما يعلمه الله ولا زلنا نجهله. يعمل كل من تلك العلاجات للنفوذ بطريقته الخاصة عبر الفئة يعدها بإعادة النظام إلى الرباط الذي يمزقه العصاب وعدا يشكل المصدر الثري للعلاج. ثم إن العلاج عبر الفئة ضرورة تمليها الاعتبارات الاقتصادية إذ لا يستطيع المجتمع أن يجعل نصفه يعلم نصفه الآخر وجهاً لوجه وإفرادياً خاصة وأن عدداً محدوداً جداً من الناس يستطيعون توفير المال لدفع أتعاب العلاج. تجعل الواقعة الأخيرة، إنْ هي أضيفت للطارئية الملحة للاضطراب السلوكي الخطير وللحاجة إلى عمل شيء له، قَدَرَ العلاج فئوياً من صيغة أو من أخرى. نخلص من هذا إلى التأكيد بأن النموذج الرئيسي للعلاج فئوي. وهو لدى أكثرنا كذلك.

تغدو الفئة والحال على ما وصفت الواسطة التي عبرها تتسع بؤرة العلاج متخطية العصاب لتشمل الوعود المحبطة والاحساس بالعزلة وضياع المعنى والبئر الكلي للشفاء. تقوم أعنف العصابات في واقع العلاقات الاجتماعية وتلون الكثير من الصعوبات الواقعية العارضة في الحياة اليومية بلونياتها العصابية. وأياً كانت نسبة الخليطة، فإن الفئة قادرة على مجابهتها بتوفير «تحولات داخلية ذاتية» تؤثر في التوازن العصابي وبإقامة عدد غير محدود من مواقف اجتماعية فعلية تعمل لتعويض المريض حرماناته التي أنزلتها به حياته العصابية. ويبقى السؤال بصدد ما إذا كان النفع العلاجي يشمل أكثر من تحقيق التغير الداخلي المتمثل بالتبصر وتدفق الطاقة والوعي أو يمتد إلى معاناة تجارب عاطفية تصحيحية جيدة مع أناس حقيقيين، دون حل؟ إلاّ أن المؤكد أن الفئة تفتح الأبواب لعدد مدهش ومتنوع من التجارب الجديدة. ويترافق التغير أحياناً مع مشكلات جديدة خاصة في أحوال رجوع المخضرمين إلى الحياة اليومية بعد الإيواء الطويل وفي فعاليات المرح، ولدى الناس في مؤسسات التقاعد وغيرها من أحوال تجر إلى بروز صيغ جديدة للعلاج الفئوي مما يجعل تصنيف المدى العلاجي المذكور مستحيلاً أو عديم الجدوى. لذلك فإننا نكتفي فيما يلي بمناقشة الهام من بعض أنماط العلاج الفئوي[1].

(1) Kaplan, H. and Sadock, B (eds)., Comprehensive Group Psychotherapy Baltimore, 1971.

العلاج الفئوي التقليدي

ترتبط فئات من هذا النمط عادة بواحدة أو بأخرى من مدارس التحليل النفسي وتشكل العمود الفقري للعلاج الفئوي. قد تتشكل الفئة من مرضى يخضعون للعلاج الفردي ومن قائد للفئة، وقد يتوفر للفئة أحياناً معالجان أو أكثر فيما يسمى بالعلاج المشترك الذي يوفر مدى أعظم من احتمالات التفاعل.

يقسم العلاج الفئوي إلى صنفين:

١ - صنف الممارسين الذين يقومون بعلاج نفسي في الفئة.

٢ - وأولئك الذين يمارسون علاجاً نفسياً فئوياً.

يركز الأول في الأفراد المرضى كما يستجيبون للوضع الفئوي، أما الثانون فيركزون في الفئة ككل ويتركون المواضيع الفردية تنطلق كما يحلو لها. واضح أن على كل صنف أن يغطي جانبي العلاج وذلك لأن سلوك الفرد وسلوك الفئة قائمان دوماً الواحد في الآخر. يؤكد التقسيم انموذج العلاج من طرف ويلفت الانتباه إلى ضرورة مجابهة جانب واحد في المرة الواحد.

يستطيع المعالج الذي يركز في الفرد مثلاً، أن يشير للسيد «ع» الذي لا ينِي يعرقل التناظر عاداً ذلك نتيجة لاستحقاق تلقاه السيد «ع» من السيد «ج» الذي يبدو أكثر اهتماماً بالسيد «ن». أو قد يرجع الأمر إلى ما يعرفه عن طفولة «ع». ففي مقدور المعالج استخدام الانموذج التحليلي لعلم النفس الفردي والتركيز في الزخميات النفسية وفي الماضي الفردي وجعلها دليلاً يهتدي به.

أما المعالج الفئوي الذي يركز انتباهه في الكلي ويهمل الفردي، فيعلق على لا مبالاة الفئة في مجابهة ذلك الثالوث مشيراً إلى حاجتهم الألبية لأن يبقوا صغاراً عاجزين بسبب خوفهم من عدوانيتهم المشتركة وحسدهم المتبادل. ويرجع، بذلك، كل قطعة من السلوك إلى مرحلة «قانونية» في صيغ نموهم الفئوي عبر الفئة وهو نمو يتبع أنماطاً محددة لا تتوقف على طبيعة الأفراد

المشاركين، بالرغم من أن كل فئة تستقل في نمط نمو خاص انطلاقاً من تركيبها الفريد.

الجهد المبذول لتحديد المراحل النمائية للفئات الصغيرة خارق ونتائجه هامة وكبيرة لكن تعوزه صيغة أو إطار نظري لموازاة الحيوية والعمومية لنظرية فرويد أو بياجيه[1]. قد يرجع النقص إلى صعوبة الإمساك الادراكي للظاهرة الفئوية وجمودية طبيعتها إزاء التوليد لأنها أقرب إلى التاريخ والبيولوجيا من طرف وإلى استغراق الانتباه في حياة الفئة نفسها. إذ يستطيع المعالج أن يحدث تغيرات فئوية في الوقت الذي يبقى فيه على صلة بالزخميات الفردية. ولا يستطيع أحد ممن سبق لهم أن اشتركوا في فئة تجيد الأداء إنكار إمكانية تحريض القوى التخيلية سواء في الفئة العلاجية أو في غيرها. فلقد أعيد لعب مجمل مشهد التاريخ والأسرة بمنتهى الحيوية في أوضاع مصطنعة سواء كان اللعب للجد أم للتسلية[2]. فعندما يشبك الفرد في حياة الفئة يغيب العالم الخارجي وتختفي تقييدات الواقع وتتسلق المسرح صيغ نقية من ذواتنا الداخلية أشبه بالولاءات المتذكرة من تجارب الفئات في الحروب التي لا يتردد أعضاؤها في أن يموت الواحد في سبيل الآخر، أو بحال الذهول المماثل لما يحدث في الصوامع، أو بضروب الحسد المنسية منذ عمر الرابعة، أو بالحنان والقرب التي يعجز المرء عن زخها إلا مع قرينه. تستقر كل تلك الحالات في الفئة فيحلحل تأثيرها الشديد القيود التي تلفنا في حياتنا اليومية.

يحدد القائد القدر الكبير من زخم الفئة غير أن أغلب المعالجين يعملون لإضعاف ذواتهم في إطار الفئة وذلك تماشياً مع الهدف العلاجي الذي يتمثل بانضاج المريض باضعاف تواكله على السلطة وبتشديد تحقق هويته الشخصية بحيث يغدو قادراً على مساعدة المشاركين الآخرين من أعضاء الفئة. وتتحرك

(1) Piaget, J. and B. Inhelder, The Psychology of the Child, Routledge, 1973. Bion, W. R., Experience in Groups, Tavistock, 1961. Yalon, E., The Theory and Practice of Group Psychotherapy, Basic Books, 1970. Foulkers, S. H., Therapeutic Group Analysis, Allen and Unwin , 1964. Slavson, S. R. An Introduction to Group Psychotherapy, Int. Univ. Press, 1971.

(2) Bradford, L. P. et. al (eds). T - Group Therapy and Labrotory Method, Wiley, 1964.

مشاعر التحويل على قائد الفئة بسرعة أقصى من تحركها في موقف العلاج الفردي إلا أنها تكون في العادة سريعة العطب أو سهلة الانحلال بسبب تعممها أو أرجحتها عبر الأعضاء الآخرين. ولا يختلف الأمر عن حال من ينشأ عضواً في أسرة كبيرة مع عدد من الأشقاء والأقارب فهو يختلف كثيراً عن حال الطفل الوحيد الذي يستغرق كل الأسرة وتتمحور حوله كل علاقاتها.

لماذا، إذن، لا يستغنىٰ عن القائد كلياً؟ هذا هو بالضبط ما فعلته أغلب ضروب الفئات العلاجية، أما القلة الباقية فعمدت إلى الإقلال من أثر القائد. حدث ذلك للتخفيف من بعبع «التحويل» و«الاتكالية» لكنه خفف معها كثيراً من حسنات العلاج. فما لم يسيء القائد استخدام المسؤولية الملقاة بين يديه، خاصة وأن العلاج الفئوي شأن كل ضروب العلاج يسلم نفسه للاستغلال، فإن التشويهات التي يسقطها المرضى نتيجة للتحويل وذلك مثل التعظيم الاستعبادي والتوجس والإغاظة والتملق وغيرها ليست أكثر ولا أقل من عُصاباتهم نفسها. ويكون حرمان المرضى من فرصة معاناة تلك الاتجاهات مجرد تجنب لواقع العُصاب لا يختلف عن تبريد قدرٍ محمى إلى درجة الاحمرار بمروحة يدوية.

يمكن اختصار الجدل وتوجيهه بالاعتراف بالميل إلى تخفيف شدة العلاج الفردي وجعله أكثر احتمالاً حتى لدى أفضل الفئات. من المستحيل عملياً توقع ولوج كل فرد من الفئة إلى «نفوس» الأعضاء المشاركين الآخرين بالعمق المطلوب في المقارنة الفردية. لا يعاني الفرد في الفئة من ضآلة الوقت الذي يعطاه شخصياً في الجلسة الواحدة وحسب بل إنه يعاني أيضاً من تحول الاهتمام والاتجاه صوب الآخر بعيداً عن الذات. نعم إن المجالين الفردي والاجتماعي مرتبطان بل متماثلان وأية ميزة علاجية تتوفر في التركيز في أي المسعيين إنما هي ميزة مختلفة فريدة لها قيمتها الخاصة التي تعوز المسعىٰ الآخر.

عمد أغلب المعالجين إلى اتخاذ الخطوة المنطقية بضم المنهجين أمل الحصول على الأفضل وتجنب الأسوأ من عالمي الفرد والفئة. فيخضع المرضى

لجلسة فردية أو اثنتين إضافة لجلسة فئوية كل أسبوع. تُضعف التوفيقية الآنفة، بصرف النظر عن المكاسب المحتملة، العلاجين، إذ يستحيل التعمق في الفرد في العلاج الفئوي وتتعثر المخاطرة الخلاقة في الفئة. إلا أن النقطة ما زالت، شأن باقي المشاكل العلاجية، مجالاً للأخذ والرد.

يترتب على الأنموذج التحليلي للتجربة الفئوية قيام بعض الشذوذ. فإنْ قام هدف المعالج في التبصر والتعرف على الذات واكتشاف الواقع النفسي للفرد. كانت اللغة أداة الفكر التي لا مناص من استخدامها، وكانت قاعدة فرويد الأساسية الممثلة بالتعبير عن كل ما يعانيه الفرد هي المبدأ. أما إن كان الهدف، ولو بقدر جزئي، تصحيح التجربة الانفعالية مع الآخرين، وقام التركيز في السياق لا في المحتوى، تضاءلت أهمية المفردات وذلك لعمل عدد آخر من أنماط التواصل والعلائق إلى جانب المفردات. يتحول التعبير اللغوي هنا أداة متميزة بقيمتها التعبيرية وخاصيتها التأملية، عن عدد متباين من أدوات التعبير الأخرى.

قد تبرز الصعوبات في الفئة ما لم يوسع استخدام أدوات التواصل لتتخطى الأدوات اللفظية. يجب ألا ننسى تميز علاقة أعداد كبيرة من الناس بصفة التثقيفية وليس غريباً والأمر كذلك أن تغرق بعض الفئات التحليلية في مستنقع عقيم من اللفظية. يسهل اختراق تلك الدفاعيات في العلاج الفردي أما في العلاج الفئوي فالاختراق صعب ما لم تتوفر جادات أخرى للتواصل في سياقاته. لسنا نرمي من هذا إلى الإدعاء بعجز التحليل الفئوي عن تخطي التثقيفية، بل التأكيد بنفاد صبر الكثير من المرضى والمعالجين في فعل هذا. لقد أدى التطبيق المتصاعد للعلاج الفئوي على مشكلات الثقافة الإنسانية إلى جعل الفئة المهماز الوحيد الواعد لكل الأهداف التغييرية لحركة الاحتمال الإنساني.

فئات الصدام

نصل هنا إلى ما كان فيلدز قد دعاه صرخة من لحن مختلف. سبق لبعض مبادئه الأساسية أن وضعت في الفصول حول روجرز والجشتاليين كما

وأن اتجاهاته العامة لوحظت في شرح الوجودية والصروحية والحظيفية. بقي أن نمس بصورة خفيفة على المظهر الفئوي الذي يعطي حركة الصدام نكهتها المميزة.

لا يمكن تلخيص فئات الصدام تحت عنوان واحد لأنها نمت بـرية كالعشب، على منهج النظرية الضالة ترتيباً ومنهجية. مما جعل مقاومة البحث العلمي التي تشيع كثيراً في العلاج تتطور هنا إلى مشكلة آسرة ضاغطة.

يتوقع أن تشمل الصداميات ظاهرة اجتماعية رئيسية، لكن الجديد أن تبدو الظاهرة المذكورة صخرة ترسبية صاعدة تشمخ في أواخر الستينات. كان يمكن للحركة طبقاً للمعدل التي كانت تخضع له في نموها آنذاك أن تحتضن كل الصيغ الأخرى للتنظيمات الاجتماعية لكنها سرعان ما أبطأت حركتها. قيل إن بلدة صغيرة في ولاية كاليفورنيا الأمريكية قد جندت في عام ١٩٦٩ حوالى ٣٦٠ فئة صدام. لكن أغلب تلك الفئات كتبت على الماء، ولسنا ندري إنْ كانت شرائح التجارب الجديدة التي قدموها للناس المساهمين فيها قد أقامت أي فرق في حياتهم. لكننا نؤكد أن تلك الفئـات قد راحت تتصدى للحياة. وإننا هنا نحاول فهم طبيعة تلك المجابهات بعد أن نخضعها للكثير من التحفظات بصدد التعميمات التي حاولت اكتساح كل ضروب العلاج[1].

تجب الإشارة منذ البدء إلى أنّ الناس لا يدخلون فئة الصدام لكونهم مرضى يبحثون عن مساعدة لاضطراباتهم الانفعالية. بل لكونهم أفراد أسوياء يريدون لحياتهم المزيد من المرح والدفء والمعنى والعفوية. إنهم يأتون إليها ليضيفوا شيئاً إيجابياً وليس ليزيلوا شيئاً سلبياً. يقيم أكثر خبراء فئات الصدام التمييز المذكور ويستخدمونه لتبرير لامبالاتهم باستخـدام المعايـير العلاجيـة المألوفة لديهم في فئاتهم وطرقهم. وهي ذات المشكلة المحزنة التي تتعقب

(1) Burton, A. (ed). Encounter: The Theory and Practice of Encounter Group, San Fransisco, 1969. Parlot, M., Group Therapy and the Small Group Field. An Encounter. In Sager and Kaplan, 1972, P. 174.

خطانا وتكدرنا عند تقييم أي ضرب من العلاج. تقوم المشكلة في «كيف نميز بين البؤس العصابي وانعدام السعادة العادي»، خاصة وأن كلا منها يتداخل مع الآخر عبر حزام المعاناة العريض الشائع في أوساط الطبقة المتوسطة المعاصرة التي تتوفر على الخيرات لكل حاجاتها ورغباتها ومطالبها.

تقيم حركة الصدام تحدياً أكثر خطورة للافتراض بأن العلاج مصمم لما سمي بالمرض النفسي أو العقلي. والحقيقة أن حياتنا، عصابيين كنا أم لا، تتعرض لدرجة ما من التوتر المرتبط بالعجز عن تحقيق ذواتنا. عجز يتمثل بتقصيرنا عن بلوغ قمة تجاربنا خاصة منها الشهوة الجنسية، مما يزيد ويدفعنا إلى إمساك بعض مشاعرنا. ونحن نعي، حتى أثناء معاناتنا لقمة الشهوة الجنسية والحياة أنّ شيئاً لا زال خبيئاً تحت سيطرتنا أو أن مشاعر أخرى ما زالت قابعة خلف متعتنا ومعاناتنا. تكون المشاعر الأخرى، المشار إليها أكثر إثارة لنا من التجارب اليومية وتشكل نواة المحرم وخدعته، وتمد جذورها إلى اللاشعور في حالة العصاب، لكنها تبقى في حالة القمع السوي شعورية تدرك المصدر الخارجي الاجتماعي لقمعها وتعيه. واضح إذن، أن بمقدور المرء أن يكون عصابياً يعاني من ضغوط قيود خارجية، وتكون مشاعره في الحالتين أقرب إلى التوتر والإحباط والملل.

تستخدم فئة الصدام الضغوط القوية للفئة للتخلص من التوترات العادية في مواجهة الممنوع أو المحرم. لا توفر الفئة مجرد السماح، بل تتخطاه لتفرض «التعبير» بأوامر صريحة واضحة. يعني «الانفتاح» فتح البوابات التي تحجز خلفها بواعث التعري واللمس والدس والإمساك، كما يعني أن يوفر التقرير اللفظي للحركة وجهتها ونوعيتها متمثلة بالتعري والعناق وشد الأيدي (مكاسرة) والصراخ والاغتسال وغيرها. فإن أدى شيء إلى التعبير عن شيء سبق أن احتجز وجب أن يظهر في لحظة ما في نقطة ما في فئة الصدام. تتميز بعض الفئات عن الأخرى بأنها أكثر تطبيقية من الأخرى. إلا أنها جميعاً تعمل بفرض نوع من الأوامر المحررة.

تهز الأفانين السابقة «الأشياء» لدى العصابي قدر ما تهزها لدى السوي

الملل. فتحقق لديه الممنوع وتقنعه أن ذلك فضيلة هائلة الأثـر. وتتوازن البواعث والمحرمات التي تفرضها الذات أو ما نسميه عموماً الوجدان أو الأنا الأعلى مما يدفعنا لزيادة احترامنا للوجدان، مبقين على كراهيتنا له وبغضائنا لدوره في مهمته الكريهة الممثلة بامساك اللذة وضبطها. إنه الآن يحفظ التوازن بحيث يغدو الممنوع حسناً. ومن يقول هذا؟ الفئة. بهذا تكتسب الفئة قوة الأنا الأعلى فيندفع الفرد إلى تجاوز وجدانه المخطأ بتقمصه وجدان الفئة. فتضعف مشاعر الإثم أو تتلاشى وترتفع اللذة وتتمزق النرجسية لتشمل كل فيالق الفرد وعسكره. لا عجب والأمر على ما ذكر أن تجذب فئة الصدام الناس إليها وتحببهم بها.

يجب ألا يظن أن العوائق تنهار إلى الأبد. ولا يدعي سوى الأبله بأن درجة الانفتاح والإلفة التي تتحقق في الفئة تتعمم إلى الحياة اليومية. كلا، فالموانع يجب أن تبقى إلى حد يجعل من الأفضل للاحتكاكات في الفئة أن تكون قصيرة لا شخصية لكن شديدة وعنيفة. تكون فئة الصدام بهذا المعنى ضرباً من سكير عربيد بدا عليه النشاط والحيوية لخروجه على المألوف وتنكره للقائم الرتيب.

مع ذلك، وبالرغم من أن على الفرد أن يرجع لتراضيات الحياة اليومية ومساوماتها، فإنه قد يكون للتحول الموجز في توازنه تأثير شبه دائم سواء كان هذا الفرد عصابياً أو سوياً حل به الغبن. فتضيف كل قطعة من التجربة الجديدة طبقة لحياة الفرد مغيرة ما قد حدث من قبل. ولا يخرس تأثـير التجارب الجديدة إلا إذا كان الاضطـراب ناجماً عن مصادر لا شعورية ثابتة، أي إذا كان المرء عصابياً حقاً، أما إذا انتفع الفرد بالتجارب الجديدة وكانت حسنة التوقيت تركت فيه تآثير رئيسية دائمة. وليس من الصعب أن نتصور انصداعاً في النمط العصابي بانزال ضربة صادمة موجزة به. يشعر الناس أحياناً أنهم عالقون وأنهم يريدون شيئاً جديداً ليدفع حركتهم، تماماً كما يحس المراهق بالحاجة إلى بدء ممارسة تجربته الجنسية لتخرجه من بعض صراعاته. لكن لا تجب المغالاة بالأثر المذكور كما لا يجب الإقلال من أهميته ودوره.

تقطع تأثير من هذا القبيل، لسوء الحظ، بحدين. فقد ينقلب الصدام مراً كما أنه قد ينقلب حلواً. وقد لا يعمل الضوء الساطع الصادر عن فئة الصدام أكثر من وضع الوجدان الفردي، مقر الذات القاسية العقابية العصابية، مؤقتاً في الظل. وسرعان ما تنفلت بعض الحسابات النفسية العسيرة عندما تربض العتمة محل الضوء. وقد يفجر الصدام الفئوي الكثير من الكراهية الفورية الصاخبة التي كانت تقبع في أعماقنا المحجبة. فإذا أضيفت الردود التفجرية المذكورة لميل الفئة إلى ايجاد كبوش فداء لاتهامها تعرضت الروح الطيبة لاحتمالات قد تعجز عن احتمالها.

يُضعف استخدام قائد الفئة للأساليب المنمقة احتمال بروز ردود الفعل السلبية، غير أن من طبيعة فئة الصدام أن تتعرض لتلك المحاذير. وعندما يدّعي عمداءُ أمثال روجرز بأن طائفة من الناس تأذت بفئة الصدام، قد يعني ادعاؤهم أن فئاتهم تدار بصورة ملائمة أو قد لا يعني شيئاً على الاطلاق. أبانت دراسة قام بها يالوم وليبرمان أن ١٦ من أصل ١٣٠ تلميذاً في جامعة كاليفورنيا كانوا أكملوا تجربتهم في فئة الصدام قد انقلبوا ضحايا بسبب مشاركتهم في الفئة(١). إنها لنتيجة سلبية دالة تماماً. كانت الدراسة السابقة دقيقة جداً وقد استخدمت قادة أكفاء تماماً يمثلون مختلف المعتقدات العلاجية. وجد المؤلفون، في ضوء ميل العلاجات لادعاء نتائج عجيبة لأساليبها، أن ترتيب القادة للتعرف على الضحايا كان فجاً. ومما تجب ملاحظته أيضاً قيام ترابط منخفض بين ما اعترف به القائد فكرياً وبين ما مارسه بالفعل. ثم إن الذين حققوا طبيعة فئة الصدام المتمثلة بصدام شديد العدوانية استطاعوا جمع أكثر ردود الفعل المضادة سواء بمهاجمة الأعضاء السريعي العطب أو بدفع الفئة لرفضهم وذلك لعجزهم عن الانفتاح الكامل عليها.

لقد عد ثلاثة من المشاركين في فئة الصدام رهابيين. لذلك فإن على المرء، في إطار المعدل المرتفع للإصابات وفداحتها أن يفكر ثلاث مرات قبل

---

(1) Yalom, I. and Liberman, M., A Study of Encounter Group Causalities.(In Sager and Kaplan, 1972, P. 223).

أن يشرع بخرط الناس في فئة الصدام. لا يعني هذا نفي وقوع الكوارث في العلاجات الأخرى. فتلك تتعرض بين مرة وأخرى، وإن كان بوتيرة تكررٍ أضأل، لكوارث مماثلة تنجم عن التوازن العصابي نفسه. غير أن ذلك لا يجب أن يحول بيننا وبين المجازفة لقاء الكسب في الانفتاح والتعبير الحر.

والسؤال الآخر هو: هل أن تلك المكاسب فردة كما تبدو؟ تقوم المشكلة في مفهوم الصراحة نفسه. أقام فرويد التحليل النفسي بإجبار المريض على أن يكون صادقاً بأن يقول ما يطرأ على ذهنه لكن سرعان ما لوحظ أن شيئاً ما في نفس طبيعة كون المرء إنساناً قد حال دون اطلاق الحقيقة. حدث هذا الشيء على طرفي التجربة، فاستطاع الفرد في الطرف التعبيري عرقلة أفكاره، لم يخبر بها أو كذب بصددها، فحسب، بل حجبها عن العالم الموضوعي، أما في الطرف التجاربي فكبت المرء تلك الأفكار حتى أنه لم يفكر بها أو أخفاها عن ذاته الخاصة أو الذاتية. لم تغن القاعدة البسيطة فرويد في سرد الحقيقة ولا هي يمكن أن تغنينا في ذلك الآن بحيث تبرز الحقيقة تلقائياً بمجرد المحاولة الأمينة من جانب الفرد للتعبير عما بعقله. فكل ما قد يبرز هو مما في العقل الشعوري وليس مما يتخطاه. خدمت قاعدة فرويد الأساسية، إذن، في تفسير أو عرض واقعة الكبت ممهدة السبيل للعمل ضده بحيث تنمو الحقيقة النفسية وتظهر.

لا تضمن الصراحة، إذن ، بأي سبيل، توسيع الآفاق الذهنية، بل إنها قد تؤدي إلى العكس تماماً، أي إلى تضييق تلك الآفاق بحيث يبقى المرء صريحاً ومجهولاً على السواء. ولن يكون وقت الصريح أهون من وقت من ليس في ذهنه شيء. حدث أن استمعت إلى امرأة تدافع عن منهج قوامه الصراحة والتعبير عما في الذهن لإقامة العلاقات الفئوية. صدف أن كانت الفئة التي تخاطبها المرأة جد نقدية للأخيرة. وفوجئت أسمع المرأة تقول في الختام إنها قضت وقتاً رائعاً وإنها وجدتنا متقبلين وداعمين. بدت فكرتي الأولى مزيجاً من الابتسام والصمت لكن سرعان ما تبين خطأي وصحة ادعاء المرأة وجديتها وأنها لم تكن تمزح. لقد بادلت المرأة صدقها تزويراً لإدراكها وتضييقاً لمداه.

قد يقود مسلك مماثل لمسلك المرأة المعالج، بصرف النظر عن طبيعة المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها، بحيث لا تكون بنا حاجة لأن نسأله أن يخبرنا بمنتهى الأمانة عن روعة سلوك مرضاه وعن ضآلة التلف الذي يحل بهم أو انعدامه بسبب تدبيره ووعيه. يميل أيّ منا لأن يفعل الأمر نفسه عندما تتهدد مشاغله، خاصة في فئة تمتلك القدرة على تعطيل قوانا النقدية. فالطغيان المحتمل لفئة الصدام يفرض وعياً يشتد لكنه يضيق عن مطالب الفئة. يستطيع العضو، في سعيه لجني منافع الانتماء وفي خوفه من الإبعاد والطرد والنفي، التوافق مع تلك المطالب. إنه يفعل ذلك بمنتهى النجاح بمجرد لجم قدرته على الانحراف. مما يجعل عقله مجرداً من المشاعر الحية ومنظفاً من الأفكار الانتقادية المشوشة. في هذه الحالة قد يتقلص الاكتئاب العصابي وتشتد مشاعر الانتماء متمثلة برباط عميق من التعاطف مع الأعضاء المشاركين وبالاحترام للقائد الفاتن. وقد يتعلم العضو أيضاً شيئاً جديداً حول الوجه الاجتماعي الذي يقدمه للعالم. يحدث الأمر بصورة مسلية ووقت قصير نسبياً وثمن مادي معقول. أما الأكلاف الأخرى فتترك لحسابات لاحقة.

فئة « تكون »

إسم الفئة ترجمة لكلمة أجنبية هي « تكون » لغير العاقل. إنها تسمية نحتها وارنر إيرهارد وأطلقها على حلقات التدريب التي كان يقيمها. كان المشار إليه مدير مبيعات قلب اسمه من جاك روزنبرغ وغير طريقة حياته. وربما يكون إبداعه قد غير خريطة العلاج. يتميز « تكون » من بين كل العلاجات المعتبرة في هذا الكتاب بأنه أكثرها حدة وتنسيقاً. يدّعي كل من خبره بلوغ نتائج ملحوظة في نفس الوقت الذي يؤكد عجزه عن وصف ما حدث له. ربما كان تدريب « تكون » أكثر انتظاماً وضبطاً بل وسرية من نظيره في سائر ضروب العلاج. وربما رجعت قوة « تكون » وايرهارد التي لا تنكر في دفع الناس سريعاً لمجابهة ذواتهم، إلى التناقض المتمثل بالإنتظام والسرية.

يعد ايرهارد أول مبدع في مجال العلاج لا يدين بشيء للتقاليد. تجعل

الخاصية المذكورة « تكون » عصياً على التصنيف وذلك إلى جانب ما لها من دلالات أخرى . فلو لم يكن المذهب جديداً لاستحق أن يخصص له فصل كامل ومستقل . اخترت ضم المنهج إلى العلاج الفئوي وليس إلى الجشتالتي أو الصروحي لاعتقادي برجوع طاقة ما يحدث فيه إلى التجربة الفئوية .

تختلف تكون كلياً عن سائر صيغ العلاج الفئوي . فهي أول علاج يمارس في فئة بحجم الحشد ، أي في فئة يتراوح تعداد المشتركين فيها ما بين ٢٠٠و٢٥٠ إنساناً يدفع واحدهم قرابة الألف ليرة يتجمعون لسبتين متتاليين في صالة مقفلة في أحد الفنادق حيث يجلسون على كراسي خشبية قاسية ولا يتسنى لهم الذهاب إلى المرحاض أو تناول الطعام إلا مرة واحدة في اليوم . يبقون هناك لست عشر ساعة يستمعون خلالها إلى خطابات رنانة من ايرهارد أو من أحد أطره المدربين في المنهج . تشمل الخطب فلسفة ايرهارد في الحياة إضافة لمجموعة من التوسطات المباشرة تمارس والعيون مغلقة وتتناول المشكلات والورطات الحياتية الراهنة . تقوم إضافة لذلك ، مجابهات دورية بين الأفراد والمدرب . ويكون التغيير على أي مستوى بدءاً من التشارك العاطفي للتجارب الداخلية وانتهاء بالجدل مع المدرب . إلا أنه لا يتطلب من أحد أن يتحدث أو يطلق ما بداخله . لا يكون الفرد مع الآخرين بقدر ما يكون مع نفسه وذلك على الرغم من إقصار حدوث التجربة على الفئة وبنيتها .

ليست فلسفة تكون شيئاً أكثر من « الذاتية الأساسية » لحركة الاحتمال الإنساني . يقول إيرهارد : الشعور كل ما هو موجود ، ولا يوجد شيء سواه . إننا نعيش آلياً بالإعتقاد والذكاء ، بدل أن نثق بتجربة ممارسة ما يكون . وإننا مسؤولون عن حياتنا . ما نراه ضرورة هو في الحقيقة اختيار . تقشط « تكون » التظاهر الذي نقيمه لاخفاء الحقيقة عن أنفسنا وترجعنا إلى ملامسة وجودنا[1].

(1) Quoted in Marcia Seligson,., Does Werner Erhard Have The Answer ? New Times, 18, oct., 1974, P. 50.

يترجم إيرهارد تلك النظرة العادية المقبولة إلى شيء زخمي يتبصره في أن الناس يمكن أن يحركوا بوضعهم في فئات من هذا الحجم والاستمرار الزمني إضافة إلى قليل من تخفيض التوتر العادي وإلى الالتزام المسبق من جانب المشاركين بالامتناع عن الشرب والتدخين والعقاقير خلال التدريب وبالخضوع لتأثير مدرب لا يتردد عن إخبارهم بتعطل وظيفة حياتهم . استطاعت « تكون » اكتشاف السبل الصحيحة لضم حيل متباينة من مختلف ضروب العلاج النفسي الأساسي وتشديدها لتحطيم الدفاعيات والعجز والحرمان والمقاومة ولتفكيك العجرفة المتغطرسة للشخصية لدى الفرد ودفعه للانصهار بالآخرين في الحلقة . يعمل حجم الفئة مع أسلوب « تكون » على إبقاء الآخرين في حال غير مميزة مما يهيىء الظروف لإقامة « اتحاد بينهم ينعكس في الفرد ضرباً من الانفتاح والتلقي واللامبالاة بالحدود . في هذا الفراغ تقفز فلسفة « تكون » ، ممثلة بالمدرب ومن ورائه ايرهارد ، إلى المشاركين .

لا توازي أكثر أحكام الكون تنميقاً تلك الشروط التي تجعل تأثيرها مشعوراً به فعلاً ليس على الذكاء وحسب بل وعلى المساحة التي يشغلها الإنفعال وراء حجاب العقل . يروي العديدون ممن جربوا « تكون » كيف انقلبت محاولاتهم المقصودة لمنازعة المدرب عليهم خضوعاً وانقياداً ، الأمر الذي يعني أن أكبر العقول حدة تغدو بالضرورة صبيانية وسخيفة في ظل شروط التدريب . يشبه بعضهم أمر الفرد بحال لاعب التنس الذي يغرق الماء جانبه من الملعب .

لا تنفي الواقعة المذكورة عن « تكون » صفة الإيذاء لكنها تعريها من الشعوذة وتجعلها مماثلة للقاءات الانتعاش أو لظواهر الفئات الكبرى حيث يخضع الفرد لتأثير قائد قوي العقيدة . تجد خديعة الذات تحل بأكبر الأدمغة هولاً فتغرقها في ضياع مدمر ، وتأتي « تكون » تطلق طاقة فردية حازمة تضع الناس من جديد مع مشاعرهم القوية .

تبدو « تكون » بسبب نفيها أن تشكل منهجاً لمجابهة الاضطرابات الجادة التي يفلت زمامها من سيطرة الفرد ، وبسبب رفضها العمل خلال صراعات

الفرد ، مجرد إضافة إيجابية داعمة للعلاجات القائمة . يؤكد أنصار « تكون » أن عملهم تدريب وليس علاجاً أو بديلاً لمعاضدة العمل خلال صراعات الفرد .

لا تتوفر أية إشارة إلى أن وسيلة « تكون » الأساسية للتغيير تقع في علم نفس الحشد بدلاً من وقوعها في التملق الذي يُسقِطه الناس على ايرهارد. ويقال إن ايرهارد يتحاشى أن يوفر لحشده فرصة الانزلاق في عبادته لاعتقاده بتصدع الحركة إنْ هي انقلبت منظومة معتقدات دينية أخرى . إن اتجاهات ايرهارد المذكورة مقبولة ، لكن الواقعة تبقى أنه خلق حركة دينية أخرى لعلم نفس الحشد ، وإنه إن لم يتحول هو نفسه معبود تلك الحركة ، فإن على شخص آخر أن يأخذ محله ويلعب دور المعبود ، إن كان لقبضة التدريب أن تبقي على العدد الضخم من أناس يعانون البؤس الروحي ويبحثون عن التحول الفردي الذي يشمل معالجي أمريكا في الوقت الحاضر .

إن بدا منطقنا مفرطاً في المغالاة فتمعن في الأمر الآتي : يشكل رجل واحد مصدر الطاقة الثر والتخطيط التوجيهي واللغة التواصلية الخاصة ومحتوى التدريب في « تكون » ، وإن كل ما يحدث يصدر عن وارنر . ويعترف الأعضاء الذين قضوا في مساعدته أطول فترة أنه « إن » مات وارنر غدا فسنختفي في اليوم التالي مباشرة . إلا أن كل المهتمين بـ « تكون » يثقون أن وارنر لن يترك العالم غداً إذ أنه هو نفسه المسئول عن كونه هو؟ إنه مد فرح صاخب يتخطىٰ الجميع خلاف جانوف [1] .

السيكودراما أو المسرحية النفسية

سأكتفي في السيكودراما بذكر موجز للإجراء المعقد الكامل النمو للمذهب ولمنظومته المنمقة من المديرين والإنيات المساعدة المتعددة ولتوضيع المؤسس لمسرحه وللبنية الرفيعة لفلسفته . يتخطى الوصف الملائم لتلك

() المرجع الأسبق ص ـ ٤١ .

الأمور قبضتي لها، لذلك فإني سأكتفي بعدد محدد من المواضيع لاحساسي بكفايتها وأهميتها[1].

ترتبط السيكودراما باسم ي . ل . مورينو ارتبـاط التحليل النفسي بفرويد . وفي حين أن مورينو فشل في وسم الحضارة البشرية بالاثر الذي تركه فيها سابقه ابن فيينا ، فإن الثغرة تلتئم بين الإثنين بالاعتبار الذاتي العملاق الذي يسقطه مورينو على نفسه . يعد جانوف بالمقارنة بمورينو ماسخاً لذاته . لكن ليس على المرء أن يسلم لمورينو بادعائه الوقوف بين الآلهة حتى يعترف أنه كان مبدعاً حقيقياً . لقد طالت مهنة مورينو بحيث دفعت الناس لنسيان جملته العنيفة لتأكيد تجربة « الآن والهنا » العفوية التي تطغى اليوم على ساحة العلاج . قيل إن مورينو نحت عبارة العلاج الفئوي ذاتها وإنه طور مفهوم « لعب الدور » الذي يتخطى تأثيره مجال المسرحية النفسية .

الأدوار أنماط سلوكية متوقعة في سياق اجتماعي محدد . ويلعب أحدنا عدداً من الأدوار بسبب عيشه في مجتمع شديد التعقيد ، فيكون والداً أو صديقاً أو معلماً أو معجباً أو رئيساً لورشة أو زبوناً لمتجر . إن « الواقع » يجبرنا على لعب تلك الأدوار طبقاً لأملياته ودونما هزل . تتساوى في ذلك المواقف العصابية والسوية لأنها هي الأخرى تتأصل في الواقع مما يجعلها تستغرق واحداً أو أكثر من تلك الأدوار وإن يكن بصورة صراع هذه المرة . فقد يحس الشـاب العصابي الحـاجة الشـديدة للعب دور البـطل الجبار الـذي يحقق المعجزات بالنسبة لوالدته أو دور الخسيس المحتقر الخامل الفاشل بالنسبـة لوالده . تدرك العصابات في الاطار المذكور . وبالرغم من أن علم النفس يعجز عن كشف دقائق الوظيفة العقلية للدور ومداها ، فإنه ينجح في نفض الحالة الإجتماعية الآسنة التي يجد المرء نفسه فيها .

إبتدع مورينو فكرة دفع الفرد لإعادة خلق الصراع بين تلك الأدوار في « الهنا والآن » من الموقف العلاجي . يسمى الفعل « تمثيل الأدوار » ، وهو

(1) Moreno, J. L., Who Shall Survive? N. Y., 1953. Kaplan, H. and B. Sadock (eds)., Comprehensive Group Psychotherapy, Baltimore, 1971.

يعمل على خلق مجتمع صغير يجر بدوره إلى « إقامة » الفئة . يكرس الأعضاء أنفسهم في الفئة ، وخلافاً لكل صيغ العلاج الفئوي ، للمشكلات الورطات بالتعاقب الاستنفاذي . فيلعب أحد الأعضاء مثلاً ، دور الأم ، ويلعب آخر دور الأب ، ويرشق شخص أو إثنان « بالأنا المساعدة » فيلعب جانباً من الصراع داخل المريض ، ويلعب الأخير الذي يسمى بالبطل الجانب الآخر . ثم يتبادل الأنا المساعدة والمريض الجوانب الملعوبة . يشبه الموقف ما يحدث في الجشتالت . إلا أنه ، وبدلاً من التركيز النفسي في الوعي لدى الجشتالت ، تعمد السيكودراما إلى « إعادة خلق مشكلات الحياة » .

يتقدم العلاج بإعادة تحديدٍ تدريجي للموقف الأساسي أو المفتاح ، ممكناً الفرد من مهاجمته من عدد من الزوايا الى أن يتحقق له الإحساس الكافي بالسيطرة عليه . يسمى المعالج بالمدير وتكون له مهمة خاصة ترتبط باسمه . على المدير أن يخطط مشاهد التبادل طبقاً لما يكشفه البطل من ذاته في لحظة بعينها ، في نفس الوقت الذي يتفاعل علاجياً مع البطل ومع بقية اعضاء الفئة، ويتقمص الآخرون، في الوقت الذي ينتظرون دورهم ليلعبوا « البطل » شخصية الأخير وموقفه . يقام بعد الجلسة المسرحية اجتماع فئـوي عادي تناقش فيه المشاعر بحيث يرد الموقف إلى العالم الخارجي .

يعمل إعفاء الناس من مسؤولية النتائج المترتبة على لعب الدور ، على دفعهم للاستغراق الشديد في لعبه . فيستطيع المرء شأن الممثلين في المسرح معاناة الحياة عندما تضيق بؤرتها وتبعد عن الأهداف العملية بمنتهى الحيوية والاستغراق . فتتكشف صور الذات وفي تكشفها تحقق التـوازن العصابي وتدفع العمل العلاجي . ترتبط المنافع في السيكودراما وفي بقية صيغ لعب الدور بالمساعدة المشتركة للفئة وبتعلمها . فيستطيع الأفراد ، عندما تستغرق الفئة في مهمة واضحة الإرتباط في عصبة واحدة أكثر جدوى فتشتد قدرتهم على إمساك « زمام السيطرة » على كل ضروب الصراع التي قد تعيق حياة العلاج الفئوي الحر المنطلق بعفوية ، مما يجعل الفئة أكثر تلاحماً وأقل ميلاً

للنكوص إلى مستويات دنيا أو إلى ممارسة التحويلات على القائد . إن الفئة تحرم الأفراد فرصة لعب بعض تلك الأنماط داخل الفئة ، لكنها توفر لهم المشاهد التي بها يفعلون ذلك .

التحليل الاعراجي

يعد الاعراج النجم الأسطع بين ضروب العلاج . لقد رفع اريك بيرن راية الاعراج في الستينات بكتابه « تلاعبيات الناس » ، ووفر توماس هاريس في السبعينات الهواء لتلك الراية لتستمر تخفق بكتابه : «إنني على ما يرام وإنك على ما يرام » ، الذي تصدر قائمة البيع لأكثر من سنة مؤشراً نفاد النسخة المليون . يجب أن يكون التحليل الإعراجي أو الإعراج العلاج الذي يتفق جيداً والحياة الأمريكية المعاصرة .

لا شيء في الاعراج يبهر العين في اللمحة الأولى إذ لا يبدو الاعراج سوى علاج براغماتي مركب من عدد من العناصر المألوفة . لم يكن مبدع الاعراج اريك بيرن كاهناً بل كان محللاً فرويدياً مدرباً إنشعب إلى العلاج الفئوي ووضع تخطيطاً نفسياً موجزاً يصف اعراج الناس أي التفاعل التبادلي الخلاق في فئاتهم . تميز علم النفس الذي برز من التخطيط المذكور بسماته التي تجعله أقل فرويدية من الأدلرية والسليفانية . يؤكد الاعراج الاستجابات المحيطية ويسميها بالضربات مثل الإحساس بالأمن وتقدير الذات والقصور أي سحن « الما يرام » والما لا يرام » وتحليل الانا والشعور ممثلة بحالات الأهل والراشد والطفل ، وذلك بدل تحليل الجنسية الطفلية واللاشعور المكبوت . يقدم التحليل الإعراجي عرضاً اكاديمياً في الأنا وفي الشعور لأن تلك المفاهيم تفسر السلوك وتتنبأ به بصورة أجدى مما تفعله به مفاهيم التحليل النفسي [1] . لكننا وللأمانة نقول بعجز المرء عن ملاحظة أي شيء بارز لاتجاه مر على وضع أدلر لأساسه أكثر من ستين سنة.

(1) Dusay, J. M. and C. Steiner, Transactional Analysis in Groups: In Kaplan and Sadock, Op. Cit. Berne, E., Transactional Analysis in Psychotherapy, Evergreen, 1961.

لا ، ليس ثمة شيء مسرحي في الأسلوب الفئوي الذي يتأصل فيه العلاج الاعراجي . إنه تحليل موجز يقتصر على عشر جلسات لمرة في الأسبوع ، وإنه أيضاً تحليل تربوي لا يخرج عن كونه. عقد إلزام يُقرّ في الجلسة الأولى ويتبع بإخلاص . فلا تفاهة ولا استمناء ولا عياط ولا دوران ، بل عدد محدود من الملاحظات يبديها القائد لكل الفئة دون أن يستعلي فهو يبقى قريباً من مستوى الأعضاء المشاركين . ويدور الكثير من « الأخذ والعطاء » بين الجميع ، بحيث يشكل المرح الطيب والتعبير اللفظي القاعدة والوسيلة التي تعمل على نصرة الذات أو على هزيمتها ، والتي عبرها يحتمل الأفراد « ما لا يراميتهم » الحياتية . يهدف التحليل إلى تغليب الجانب الناضج الواقعي والخلقي من إنية الراشد على الجانب الممثل للوالد القاسي الظالم والطفل الأناني والاستحواذي الأرعن . بذلك يغدو الفرد قادراً أن يختار وللمرة الأولى أمر التحليل الاعراجي المتمثل بأنا على ما يرام أنت على ما يرام مما يحطم المصيدة العصابية .

ما الذي يجذب ، إذن ، في هذا العلاج الذي لا يَعِد بالنعيم أو بالشهوة أو بالقضاء على حال الذهول أو بالمعرفة الذاتية الأولية أو الخارقة بل بمجرد صعود الراشد أو إعراجه ؟ فهل استعبدت الأمريكيين رغبة جارفة للنضج فهجموا على المكتبات بحثاً عن هاريس الذي رفعوه إلى القمة لمجرد أن يعلموا أنهم على ما يرام ؟ على الجواب أن يكون نعم ، لكن ذلك لا يزيد عن أن يكون إعادة للسؤال . فما المقصود تماماً « بما يرام » إذن ؟

يوفر لنا انعام النظر بالسؤال بعض التبصر بالسبب الذي جعل الاعراج يجذب الناس . إنّ كون المرء على ما يرام يعني حكماً رأي الأقران بأن الفرد على ما يرام يتقبلونه بينهم ويضمونه إليهم . يدهشنا جداً أن الإعراج يجذب الناس ببقائه بعيداً عن وضع المعاناة الشديدة التطرف ، فيوحد الناس ، عبر فئاته ،مع إبقاء الغالبية الكبرى في الوسط. تتوجه طاقة الاعراج لإقامة « سوية » مثالية ووسائل تسرع تقمص الناس لها . تربح السبل الاجتماعية العادية الرهان إذا ما قورنت بجاذبية التجربة الخاصة والتبصر التحليلي العميق وطاقة الشهوة والوعي الجشتالتي واللاذاتية الصوفية أو الصرخة الأولية . بسبق

للسلحفاة أن ربحت الرهان مع الأرنب . صحيح أن كل ضروب العلاج تستخدم جاذبية « السوائية » لكن الاعراج ينجح في ذلك أكثر منها جميعاً فيرتفع إلى مرتبة فن حقيقي يفيد في إرجاع الكثيرين إلى مدارج السواء .

تعد قدرة بيرن المذهلة لعرض أفكاره على الناس ، بحق ، أحد ملامح عبقريته . فقد تجلت موهبته بتخليص لغته من العبارات التي تؤشر ظواهر عقلية خبيثة أو بتجنبه للعبارات الرفيعة التجريد . يدعي أنصار الاعراج بأن ذلك يخلص علم النفس من الصوفية وينزله إلى الناس . ولا شك بصحة الأمر ، إذ يقيم التحليل الإعراجي منظومة من الرموز السهلة الاستخدام لفئات من الغرباء . من الصحيح أيضاً أن يضيِّع الأسلوب التبسيطي على العلاج فرصة تخطي الواضح المبسط إلى المجرد العميق . ثم إن الفئة تلتحم في مستوى من التجربة يتصف من طرف بالفورية والوضوح ومن آخر برفض المجتمع أو إعاقته له . ولا يعثر في اللغة المجردة من الصوفية على أي شيء محيّر أو على أية معاني خبيثة يصعب أن تفهم من تحليل النصوص فهنا يتجنب أي تثبط ذهني أو نكوص إلى الذهني أو إلى اللاشعوري المكبوت تخيلاً جنسياً كان أو اتجاهاً تحويلياً عاماً وذلك برشقه في صنف التلاعب الإعراجي .

قد تفيد مقارنة منهج الاعراج بمنهج التحليل النفسي . يندر ، خلافاً للمنهج الإعراجي ، أن يستخدم محلل نفسي حسن التدريب سياقاً نظرياً في وضع سريري . بل إنه يلزم نفسه بالقاعدة الأساسية المتمثلة باللجوء إلى اللغة البسيطة وبجعل لغة حياة المريض الخاصة « عملة » التحليل المتداولة . وهو يحتفظ بالنظرية للتعميمات بصدد التجربة السريرية إلى مواضع أخرى .

إستخدم بيرن لغة الاعراج مباشرة في الوضع السريري ، لهذا شاع وصفه بالتربوي . أما العبارات الخاصة : والد ، راشد ، طفل ، ما يرام ، ضربات ، إيعاز ، كلا ، وغيرها فتعلم للمريض في الجلسة الأولى وتستخدم لتعريضه بما يتلوها في الجلسات اللاحقة ، فينحل التمرين والنظرية في بعضهما مما يوفر نظرية عملية تماماً وقريبة من الحوادث اليومية كما يوفر تمريناً منظراً ، فيه يحلل كل فرد كل شيء « لقد علقت والديك ، وأنت الآن تلعب راهب

الثعالب، إنك ألقمتنا علقة باردة وهكذا». ينجم عن ذلك نتائج ممتعة تتمثل بنفي الأبعاد السريرية للفعل ، وبما يأخذ محل تلك الأبعاد . فتأخذ الأطر النظرية لبيرن مكان العمق النفسي . ويتحول الناس إلى تلك الأطر فينقلبون مجموعة من الألعبانيين يتشابكون مع حالات الأنا في سياق حياة الفئة . تسحب العبارات مباشرة من المجتمع الاستهلاكي الراهن فيتحول الناس مخلوقات في أيديهم سلال يجمعون بها طوابع يقايضونهم بعُصاباتهم فيما بعد . يدور الناس تلك الحلقة المرحة مثل ممثلين في موقف مسرحي أو « فرجة » . يستطيع المرء أن يسمع ضحكة عرضية انفلتت من عبوتها المختزنة . إنها إيجابية دُفعت لتتخطى أسلوب المرآة، أي الانعكاس من المرآة في الاعتبار الايجابي غير المشروط لدى كارل روجرز. كانت واقعة روجرز الايجابية مرآة ذات الشخص وكانت نفسية حقاً. أما هنا فتتحدى الحقائق المجردة عن الناس فيعد المجرد مادياً ويدفع لتسريع عيش الواقع الانساني أو يحول الانسان آلة حقاً تنسجم وتفكير التكنوقراطيين وينجح الاعراج في فعل كل ما على العلم أن يحققه. فلقد أقام رباطاً مباشراً بين الأنا وبين وظيفة الدماغ. يمثل هاريس الأهل والطفل بأشرطة برمجتها التجربة المبكرة مباشرة دون توسط أية تخيلات رغبية. الأنا، في الواقع، شبكة أعصاب فعلية لآثار الذاكرة في الدماغ.

يدل التحليل السابق على أن التطبيقات المحطة بقيمة إنسانيةِ الفرد ضرخة غريبة تماماً عن العقيدة المعلنة لقادة الاعراج الذين يعدون الاعراج فعلاً تحريرياً . لكنهم لا يتفقون على المقصود « بالتحرير » . يرغب كلود شتاينر ، مثلاً ، أن يستخدم الاعراج لإرساء نوع من ثورة اجتماعية ، لأنه ، مع غيره من الثوريين ، يجعلون من « الوالد الخنزير » رقية ضد السلطات الشريرة ، خلافاً لهاريس الذي ينزل إلى خط التحررية الديموقراطية والمسيحية التقدمية [1]

قد يبدو أن لهم جميعاً زخماً رسولياً يتعارض مع البراغماتية الأرضية في العلاج . لكن لا . فالعلاج عموماً يبدي قليلاً من الميل لتحرير نفسه من

(1) Steiner, C. TA Made Simple, Berkley, California, 1971. Steiner, C. et. al., Readings in Radical Psychiatry, N. Y., 1975.

فكرة الخلاص التي تقفز بصورة طبيعية إلى العقل باعتبارها الممر خارج المصيدة العصابية . يعتبر نزوع العلاج إلى تحقيق غرض ضخم وكبير وإلى القضاء على كل التناقضات الداخلية التي لا تحل وإلى الانخراط مع المكرسين له في قطيع بعدد ميسور من القواعد تحقيقاً لنزعة عملية في غاية التطرف . إن كثيراً من الأديان حققت ذلك بدرجات مختلفة من الشدة وليس ثمة ما يمنع العلاج من تجربته . يرجع نجاح هاريس إلى قدرته على « سحب » كل الوقفات أي مشكلات العالم التي تظهر يومياً في العنف واليأس والتي تمثل بالضرورة مشكلات الفرد . فإنْ تغير الأفراد تغير معهم سياق الكون . إنه لأمل يستحق من المرء أن يتعلق به . ويضيف هاريس مقتدياً وصف تيليش للنقمة الدينية وطارحاً كلامه بتواضع بين قوسين (أو صياغة عبارة تيليش ، هل تعرف ماذا تعني تجربة انا على ما يرام أنت على ما يرام ؟) [1] .

يعد فرض المعيار الأخلاقي بصورة مباشرة في العلاج وجعله الأداة الأولية للتغيير مفتاح الاعراج . الأخلاقية عنصر علاجي عام لا يختص بحقبة زمنية محددة أو بعلاج بعينه . وينجح الاعراج في مهمته المتمثلة بدفع المريض بقوة حيوية خارقة .

يقوم عنصر التغيير الخلقي في الاعراج في الراشد . لكن من يكون هذا الراشد إن لم يكن المبدأ المثالي للنظام البرجوازي ؟ إنه الفرد الذي يحقق تغيره الحيلة ، إذ يخلو النظام الإجتماعي نفسه من المشكلات . يستطيع الراشد بمعارضته للأهل الذين لديهم رصيد من الأخلاقية غير العقلانية أن يدعم أخلاقية عقلانية جيدة تتبرعم في فئة تعزز عمله بتبنيها للأغراض الرفيعة للعلاج . يعمل موقف الراشد ، إذن ، على تدجين الطفل وبواعثه الحيوانية ، وعلى تجنيبه الكبت إلى درجة تنفى منها المعاناة العصابية ويقف اللاشعور واضحاً يسلم نفسه للقراءة في إطار الكون النظري لبيرن . الكبت هو الحضارة نفسها ، وما هي جديرة به وبتحقيقه . ويعني فرض الكبت وتقديمه معالجة جديدة لفضائل المجتمع في العلاج . هنا يستدعى الله والأخلاق

(1) Harris, Th., I'm ok - you're ok. N.Y: 1969 pp. 18,272.

والبورجوازية المثالية لتثبيت العطاء . يجعل الكبت الوالد والطفل ثوريين انقياء قادرين على ممارسة النقد المفرط ضد البواعث اللاعقلانية .

إستطاع فرويد بجعل الأنا الأعلى والهو تجريدات نظرية أن ينتقد « اللعب » التاريخي لقوى الذات بإرجاعها إلى شخصيات تافهة أو حالات متباينة للأنا العقلية . أما بيرن وهاريس وشتاينر فقد جعلوا منها مجرد مهرجين في مواقف الملهاة . إذ ما علينا أنت وأنا وكل فرد ، لنكون على ما يرام إلا أن نتقبل تعريف الراشد للواقع ، أي أن نخضع للنظام القائم .

يرجع تقبل هذا النوع من العلاج دون ذاك إلى الغرض الكبير للمجتمع الذي يجري فيه العلاج . إن شملت غاية المجتمع فُرجاً أو آلاعيب أو مواقف ملهاتية ، أو لغو تكنوقراطيين إلى جانب مثالية مشوشة ، عندئذ ، على العلاج أن يتوفر على كل تلك الأخلاط وأن يمارس الضغط الخلقي لإجبار المريض على تقمص هوية أخلاقية معينة . أما إن قام الهدف الذي يرمي إليه المجتمع في الخضوع والتراضي والتبسيط والآلية ، لم تبق ، لسوء الطالع ، إمكانية لعد المساعدات علاجية . وكل ما يفعله المعالج في تلك الحالة هو التساؤل عن القيم الملازمة للعلاج .

تنطبق الاعتبارات السابقة على كل ضروب العلاج بما فيها الفئوية إذ أن لكل منها بعداً إجتماعياً اعترفنا به أم أنكرناه . للاعراج فضله في إعلان قصده مباشرة وبوضوح . فعل العديدون من علماء التحليل النفسي الشيء نفسه بالرغم من بلاغتهم التعتيمية . تدعونا « رؤية » الاجتماعي في كل علاج إلى نكران صفة « الأولية » على أية فئة بعينها . فالمجتمع كله وبكامل فئاته « أولي » أو محيط يجعل من بقية الفئات كؤوس ماء فيه لا أكثر . قل للإيضاح ، أن لكل علاج جوهراً سياسياً يقوم في إطار طبيعة الأشياء ويميل للتخفي وراء الافتراضات المعلنة . تكون علاجات الاعراج المشحونة بالخضوع والتراضي سهلة الاستغلال للأغراض السياسية . لذلك استخدمه السجانون والشركات الرأسمالية لدفع الناس للخضوع لإرادتهم بصورة أفضل ولتجنب الانحراف. ينطبق الأمر نفسه على العلاج السلوكي وعلى كل

ضروب العلاج . وما من أداة وضعت لتحرير الإنسان إلا استخدمت لاسترقاقه [1] .

نتساءل الآن عن العوامل التي تجعل العلاج الفئوي أفضل من العلاج الفردي . يميل العلاج الفئوي لأن يكون أقل كلفة من الفردي ، ولأن يوفر مسلكاً سهلاً باتجاه الأنماط العصابية بين الفردية ، ولأن يحقق حصيلة مختلفة منه . نبدأ في الفئة نرى أنفسنا كما يرانا الآخرون . وتشحننا الفئة بالمشاعر الشديدة التي تقوي فينا الميل إلى الفعل والمغامرة ، مما يؤشر تغيراً سلوكياً يقصر الموقف العلاجي الفردي عنه . ثم إن هناك جوانب من حياتنا تند على العلاج الفردي لكنها تسلم نفسها كلياً لأحضان الفئة . يشكل تعاملنا مع الأقران مثالاً جيداً ينضاف إلى الصراعات حول السلطة التي تبقى كامنة في الموقف الثنائي ولا تتفتح بحرية وعفوية إلا في الفئة بسبب شدة تعقد الحقل الاجتماعي فيها .

يعجز العلاج الفئوي عن التعمق في حياة المريض خلافاً للعلاج الفردي الذي يغوص عميقاً فيها . ولا يرجع الأمر إلى تشتت انتباه الفرد بين عدد كبير من المشاركين في الفئة بل إلى هوية الفئة نفسها . لكن الهوية المشار إليها تتوقف على بنية الفئة وما تلقيه من زخم في كل ما يحدث في كل فرد . فقد تغدو الحياة الخارجية التي يسعى المرء لعلاجها جانبية هامشية بسبب تباين الفئات في قدرتها على امتصاص الصدمات والانشغالات والمشاكل . والسؤال الآن هو كيف تتعدل التجربة الفئوية بالفلسفة العلاجية ؟ مورس العلاج الفئوي في ظل كل المدارس العلاجية تقريباً . حدث الشذوذ الوحيد لدى بعض صيغ الوجودية بسبب دعوتها المفرطة إلى الذاتية الفردية . يتضح ، في كل الأحوال ، قدر من التأثير للمدرسة الأم فيما يتعلق بالأهداف والطريقة ومواضيع النقاش وغيرها . تميل كل فئة للعمل في إطار عقيدة مسيطرة موجهة . وحيث تقوم عقيدة علاجية متكاملة تعمل وجهة نظر المدرسة إلى

(1) Klee, E., Serving Time with the I.R.S., Social Policy, March - April, 1975, Vol. 5, PP. 43 - 48.

الكون على التأثير في عقيدة الفئة وعلى تفسير كل ما يحدث في إطار تلك العقيدة . يحدث الأمر سواء جمعت الجلسات الفردية إلى نظيرتها الفئوية أو طبقت فلسفة العلاج كلياً في الفئة . ليست هناك طريقة قبلية للتنبؤ فيما إذا كان خلط العلاج الفئوي بالفردي يخلق أي كسب ، إذ تتكون أكثر مدارس العلاج من خلائط ذات طبيعة فردية واجتماعية تنزل دون مستوى أي منهما .

تبتعد الفئة عن النمو العفوي للروابط الاجتماعية بين أفرادها إنْ هي أعطيت مهمة متفقاً عليها من الجميع ، وذلك مثل حل فقرات الحياة في الاعراج ، أو إقامة مشاهد المسرحية النفسية أو الحسبان المشترك لشعورهم الجمعي . قد يعمل حوار الأفراد حول المهمة على دفعهم إلى المزيد من التعاونية ، وبالتالي إلى خلق أثر عاطفي داعم . إلا أن ما يكسبه المرء في السطح يضحيه في عمق وسعة النظرة إلى العلاقات الإجتماعية . . يماثل الموقف العلاج التحليلي للفرد فالمرء إذ يتخلى عن التداعي الحر لصالح تركيز الانتباه يكسب ويخسر معاً .

ماذا بصدد الفئات التربوية « التدريبية » وهل هي بدائل للعلاج ؟ يوجد العديد من تجارب التدريب أو ورشاته في العلاقات الفئوية حيث يقدم أكثرها فرصة مختصرة شديدة التركيز تمكن الفرد من التعلم بطريق الاستغراق الفعلي . تصر الغالبية العظمى أنهم لا يقدمون علاجاً أو بديلاً له بل نمطاً خاصاً من التربية في العلاقات الإنسانية . لذلك فإن الشخص الذي يعاني اضطراباً عصابياً في حياته يجب أن يعرف بعجز الفئة التدريبية عن مساعدته ، وأن يقاربها لمزاياها هي . لكن المسألة ليست بتلك البساطة، خاصة وأن كل العلاجات تربوية وكل الناس عصابيين ، وإن كل فئة تجريبية تعمل على خلق قدر ما من العصاب الأساسي وأنها بذلك توفر الفرصة لبعض المكاسب العلاجية ولاضعاف احتمال تدهور الصراع . لذلك ، فمن الخديعة للذات أن يعمد المرء إلى نكران الاهتمامات العلاجية التي توفرها الفئات التدريبية . يقوم الشيء الهام في الحفاظ على فكرة ما ، وفي البحث عن تجربة تدريبية تحاول بمسؤولية المحافظة على الأهداف المعلنة . يطرح هذا اشكالية هامة

تتمثل في قدرة المرء على تجنب طغيان الفئة في نفس الوقت الذي يعمل على الاستفادة من دعمها.

تنبعث المشكلة هنا من ارتباط الأمرين . ينجم الطغيان في الفئة من مصدرين : (١) التجارب الشديدة داخل الفئة التي تعمل على إضعاف قوة الفرد العقلانية . (٢) خضوعية الفئة بمجملها للمعايير الإجتماعية . في الحالين تتحسن مشاعر العضو المشارك دون أن تتعدل مشكلته العصابية التي ساقته بالأصل إلى الفئة .

ليس هذا التركيب صحيحاً ، إذ تستطيع تجربة الفئة أن توفر قرباً غنياً لا يجترىء على حرية الفرد . وليس الأمر الهام في العقيدة الموجهة للعلاج بقدر ما هو في صفات قائد الفئة نفسه . فإن كان القائد جامداً خاملاً مشوشاً بليداً لم تقم تجربة فئوية عاطفية قوية . أما إنْ قام النقيض فكان القائد صدامياً عدوانياً لديه إحساس بالعظمة وقدرة على معالجة الأمور مالت التجربة العاطفية في آن واحد إلى الاشتداد والطغيان . وإنه لمن المهم اشتراط امتلاك المعالج للصفات الأخلاقية الرفيعة إضافة للحساسية والمهارة على التفسير . والأمر الأخير في غاية الصعوبة بسبب تعرض المعالج للعصابات ذاتها التي تضرب عملاءه المرضى وبسبب الطبيعة الفئوية العصية على كل تنبؤ . لذلك يعجز الكثير من التجارب عن تقديم العون ، أو يجر إلى قدر من الدمار إلا أن باستطاعة المرء أن يجرب .

ماذا بصدد الفئات دون قادة ، ألا تعمل على تجنب المصيدة التسلطية وتفيد في خلق التلاحم والحرية والدفء ؟

يعجز المرء عن الإجابة بسبب ضآلة مدى التجارب في الحقل المذكور . تستطيع فئة لا قائد لها أن تولد قربها الخاص بمجرد مطواعيتها للالتحام الفئوي . ومهما بلغت شدة الهامية التجربة فإنها تعجز عن توفير المنهج الملائم لمجابهة المشكلات العصابية التي يستطيع القائد المدرب توفيرها . ربما كان على الإبداعية أن تتجه صوب تجارب فئوية لا قائد لها ، برغم عدم كون تلك الفئات منافية للخط التقليدي في العلاج .

٢٣

علاج الأسرة

يختلف خط هذا الفصل عن كل ما قد عرض من قبل، لأن علاج الأسرة ليس مدرسة وإنما ضرب من إعادة تعريف للمهمة العلاجية نفسها. يعتقد بعض المعالجين أنهم بإعادة تعريف موضوع العلاج من الفرد إلى الأسرة إنما يحققون تطوراً نوعياً بالغاً في مجال العلاج.

لا نتعامل هنا مع «شيء» شبيه ببعد الوجودية أو الصروحية التي يبدو أنها تتحرك بعيداً في مجاهل مختلفة تماماً. يستطيع علاج الأسرة أن يقف بنفسه منظومة كاملة تعمل على تغيير حياة الناس في أكثر المعاني تعقيداً بصلابة واعتزاز لاحساسه بقدرته على توفير سبل العناية بالصحة النفسية للأكثرية العظمى من المضطربين.

يشق منهج علاج الأسرة، بهذا الاعتبار، ممراً ضخماً داخل المهنة ويوسع دونما ضجيج، قبضته باستمزار وثبات على المتمرنين خلال المسارات المتعددة لوكالات الصحة النفسية. مما يجعله، بالرغم من حداثة مولده التي لم يمض عليها سوى عشرون عاماً تقريباً، نموذجاً هاماً للممارسة العلاجية الخاصة. للأمر سبب مزدوج، (١) كونه وسيلة منطقية ومجدية لمعالجة نسبة مرتفعة من مضطربي العاطفة والانفعال. (٢) تعرض الأسرة في الأزمنة المعاصرة للتفكك. يشعر الجميع بحال التفكك فينطلقون لرفع راية أسلوب علاجي يستطيع ادعاء مجابهة الأزمة.

لا يعقل أن يكون العصاب دون بعض الجذور المتأصلة في ماضي العلاقات الأسرية. يعتقد تبعاً لذلك، برجوع الاضطراب الأسري الراهن إلى حقب سلفت. ومن المحتمل أن يؤدي التأثير الحاضر في سير انماط تلك العلاقات إلى إحداث تآثير مقابلة في التجربة العصابية لعصور قادمة.

لكن هذا لا يفسر الحرارة التي تقابل بها حركة علاج الأسرة ولا حتى الجلبة المرافقة لخدماتها. ترجع سلطة معالج الأسرة هذه الأيام جزئياً إلى مهارته في التصدي للسلوك المضطرب. أما حصة الأسد من أسباب السلطة المشار إليها فترجع إلى رغبته بالولوج في شرخ فوضى الأسرة التي تلم بمجتمع صناعي متقدم حيث يوقف نفسه لترميم الوحدة الأولية للحياة الاجتماعية. ويبقى للخدمات التي يقدمها المعالج رونقها حتى في الأوقات التي تفقد فيها العلاقات الاجتماعية معانيها أو تغدو مسلمات ملزمة.

وليس من الضروري أن يعمل المعالج لتقديس العائلة والبيت. وقد كرس الكثيرون منهم اهتمامهم بالجمعيات وبالزواج الجمعي وبكل صنوف تجارب العلاقات الإنسانية التي برزت استطالة لأزمة الأسرة. فهم يهتمون بالارتباط نفسه ضداً على الحياة الذاتية الداخلية المغلقة التي تثير الفرد إلى درجة الخبل والجنون لخروجه عن كل سيطرة. ويزيد هؤلاء اهتمامهم المذكور فيعرضون الفرد نفسه لهجومهم العنيف المباشر، وهي منطقة علمية سبق أن رهنها التحليل النفسي لاهتمامه كاملة، تاركاً، على الرغم من كل مساهماته الفريدة، ثغرة كبيرة يجب إملاؤها وربأ صدوعها.

تعمل الأزمات التاريخية على خلق جوانب هامة من المعرفة في إطار جدلية الحياة. فقد ولدت الفوضى التي حلت بالعلاقات الشخصية والادوار المرتبطة بها تحدياً مباشراً وخلقت إطاراً جدلياً قفز منه العلاج الأسري. لم يقصر الإطار الجدلي والتحدي المرتبط بالعلاقات والأدوار عن نظيرهما في الورطات أو اشكالات البيئة الحيوية.

ولعبت فكرة «التواكل الكوني» دوراً بارزاً متصاعد الأهمية بسبب الاعتراف الشؤمي الذي يصور المجتمع الإنساني سرطاناً على مضيفته

الأرض. مما دفع إلى قيام أعمال علمية ضخمة في مجالات علوم الأحياء والبيئة، ونظرية الألاعيب والتواصل في علم النفس الاجتماعي وذلك بصدد «التطلب الشكلي» في «هوية ما وتبادلها التواكلي للمعلومات مع الهويات الأخرى. تلخص نظريات المنظومات العامة الأمر عموماً. تعد النظرية المذكورة توسيعاً منطقياً للأبحاث المشار إليها إلى حقل الاضطرابات، العاطفية بواسطة ما يحدث بصورة طبيعية في المنظومة البيئية المعلوماتية أي في الأسرة. ورفعت مبادرة جورج باتسون[1] ورفاقه[2] وجهة النظر الأخيرة إلى مرتبة الفلسفة المتحكمة في علاج الأسرة والطب النفسي الاجتماعي.

يشكل علاج الأسرة انقطاعاً رئيسياً عن التقليد العلاجي. فقد قطعت مختلف المدارس، بدءاً بفرويد وانتهاء ببيرن، بطريقة أو بأخرى، الفرد إلى شرائح وأوجدت منظومات من قوى السوائق، وحالات الأنا، والأوليات المحتجزة، والأوركون وسواها وافترضت تأثيرها في السلوك. قد لا ينظر أنصار المنظومات بجدية إلى القوى الداخلية لكنهم يهملون الفرد لصالح إنماط العلاقات التي يعيش الفرد ضمنها. فقد يميل المعالج الأسري المهتم بالمنظومات إلى رفض الفكرة القائلة بأن العصاب متأصل في الأسرة متمسكاً بنقيضها وبتطبيقاته، لكنه يبقى يعد الأثنين: العصاب والأسرة مرتبطين ببعضهما ارتباط النبات بالأرض. يعتبر هؤلاء الأسرة كل شيء، الألف والياء، ويضيفون أن الصدفة وحدها هي التي تدفع العصاب والخلل العقلي الملازم له لضرب الفرد المعطاب في الأسرة في بعض الصيغ المتطرفة لعلاج الأسرة. ويتوقف الفرد عن أن يكون له أي معنى إطلاقاً بسبب كونه مجرد محول صغير بسيط داخل الساعة الكبيرة المعقدة.

يحدث أن تولد الطرق الأفكار. يتبوأ الفرد في الأنواع الأخرى من العلاج مكاناً يسَّهل نشْرَ حياته الداخلية. فيغدو الوضع الخارجي رمزاً والذات الداخلية مرجعاً. ويسقط التحول، في التحليل النفسي، على

---

(1) Batson, G. (ed.), Steps to the Ecology of Mind, Paladin, 1973.
(2) Gray, W. et. al., General Systems Theory and Psychiatry, Churchill, 1970.

المحلل، وتخصص ذات الجشتالت اسقاطاتها الخاصة عبر المسرحية، ويأخذ الجسم في الحيوي الوظيفي (الحظيفي) المسرح، ويغدو الآخرون في العلاج الفئوي حالات للروز، أي الآخرين الرئيسيين المحرضين لحياة الفرد. تعمل اللاواقعية المذكورة في تلك الأوضاع على أن توفر للحياة الداخلية نفوذها. تمكن واقعة كون المحلل «ليسر أباً حقيقياً»، الأب التخيلي من أن يخرج من وكره بدفع من الفئة أو من قائدها. يستطيع أي من الجشتالتي، أو السيكودرامي أو عضو الفئة التحليلية، بذلك، أن يترك نفسه يمثل بالمشاعر أو بالهوية أو بالسلوك ما يمكن للأبن المتخيل أن يشعره أو يكونه أو يفعله مع ذلك الأب المتخيل. أن ما يبدو هاماً لتلك العلاجات إنما هو نشر الذات الداخلية.

إما في علاج الأسرة فيكون الأب الحقيقي في غرفة العلاج إلى جانب الأم أو الزوج والطفل والأخوة والأجداد بتركيب معين بمجموعهم. هنا تتبوأ الواقعية الطليعة دافعة برموز التخيلات إلى المؤخرة. تتواجد، إذن، الواقعية مع الرمزية، إلا أن الطريقة تركز في واحد وليس في الآخر، بحيث يجر قمع أحدهما إلى بروز الآخر. فعندما يكون الأشخاص الحقيقيون في الغرفة إلى جانب المعالج الذي يتمثل دوره في تركيز الإنتباه في المشاكل المحملة بالعواطف، يتخذ الموقف صيغته الأسرية الحقيقية وليس التخيلية المسقطة. يماثل عصاب «أنصار منظومة الأسرة» الاضطراب الفردي في الغرابة والشذوذ لكنه يبقى مختلفاً عنه أو مفصولاً بالقفزة التي تحدث بين ذاتية الفرد والمنظمة الاجتماعية.

تحتاج عبارة «التماثل في الغرابة والشذوذ» قليلاً من الإيضاح. تكون الحياة الداخلية للفرد في الأسرة بلهاء ممزقة شأن نظيرتها للأسرة، بالرغم من أنها تعبر عن ذاتها في إطار قوانينها الخاصة. يرجع التمزق في الحالين إلى المطالب المتصارعة للفرد وللجماعة. يقوم في الفرد مستوى لا يبالي بالحاجات الحقيقية للآخرين في فئة الأسرة، ويقوم في الفئة مستوى مناظر لا يبالي كثيراً هو الآخر بحاجات الفرد. فليس من أحد في الأسرة العادية يرتبط بالآخرين

في إطار فرديته الخاصة. إذ إنّ الفرد لا يرى في الآخر «هو» أو «هي» فحسب، بل ضحية صغيرة تتلاعب بها دوامات اعصارات الذات بكل تصارعاتها العاطفية.

هكذا تغدو الأم الوحدة المفقودة بالنسبة للطفل، والصبي منافساً للوالد والكائن المثالي الذي لم يكنه يوماً قط. وينقلب الزوج أباً وضيعاً بالنسبة للزوجة وصبيها الرجل التي شعرت أن أمها ارادتها أن تكونه. وتصير الزوجة أما للأب الذي يرى فيه أبنها أخاً حسوداً في نفس الوقت الذي يتصوره بطلاً يثير فيه الاعجاب ويدفعه إلى الإقتداء به ومناظرته.

ليس هذا سوى جزء صغير للجانب الذاتي. أما الملاحظ فيرى شيئاً آخر، أي صيغته الموضوعية تُمثّل، كأية مسرحية حقيقية، بالكلمات وبالتعابير وبالملامح والرموز. فترفع الأم حاجبيها عندما تمرر طبق الجزر على مائدة الطعام. ويمد الصبي نفسه نحو الأب الذي يعبس مهدداً الصبي ويرخي فكيه ليسحب الطبق صوبه من نفس الأم التي تتهم الأب بالبخل وهي تنحنى للأمام محولة صدرها نحو الأب الذي يشكو هشاشة الجزر في نفس الوقت الذي يقلب الولد كوب الحليب مثيراً هياج الأب المر بسبب خراقته وميوعة الأم في تدليلها للصبي التي صبت للولد كوباً آخر أكبر مديرة صدرها هذه المرة للصبي وظهرها للأب الذي يميل بكرسيه بعيداً عن الطاولة ويحدق في الفضاء متخطياً الصبي الذي بدأ لتوه يتعرض لنوبة الربو التي تشخص تحسساً للجزر.

يُجري المعالج الأسري ملاحظاته في مكتبه أو في المنزل وليس هناك ما يمنعه من رؤية الناس في أماكنهم الطبيعية سوى الصعوبات العملية. وهو يستمر يرصد القواعد التي تحكم سلوك منظومة الأسرة، ويتدخل في العمليات السلوكية المشخصة التي تقوم بين أعضاء الأسرة، وليس المشاعر الذاتية نحو بعضهم الآخر. يهدف المعالج، بذلك، إلى قطع دابر التلقيم الدائري للتواصل المرضي وإلى إبداله بنمط جديد لا يستند إلى الحدود المعقدة التي تفرضها قواعد المنظومة الأصلية. فإذا قاطعت الأم صغيرتها فاطمة كلما بادرت

شيئاً وحول الأب عينيه وردّت فاطمة بضرب من السلوك المشبوه الذي يقلق الأب ويزعج الأم، فيحل الهدوء في فاطمة فتغامر مقاطعة الأم أكثر من مرة. عندئذ يستطيع المعالج إعلام الأسرة بالسماح لفاطمة لممارسة فعالياتها كل يوم في الصباح وبموافقة علنية من جانب الأب والأم بل وباصرارهما. جوهر الأمر إعطاء كل فرد حقه وفرض برنامج لا يثقل الطاقة المجدية للمنظومة الأسرية كما يمكن أن يحدث، مثلاً، إنْ اخبروا أن على على فاطمة أن تدير كل شيء أو أن عليها أن تترك البيت قبل أن تكون هي أو الآخرون جاهزين لذلك. يعمل المعالج في نفس الوقت على تعديل القواعد بطريقة جديدة تتلقى الدعم من الذات.

يجب في ضوء التعقيد الكبير في حياة الأسرة السماح بقسط كبير من المرونة العلاجية واستخدام أحكام في غاية التنميق بحيث تبدو الأحكام المذكورة بسيطة وقابلة للتعديلات الجانبية في الموقف المعين. تشمل التعديلات ترتيبات الجلوس، وتوقيت التواصل، والاهتمام التفصيلي بإعادة الموضوع كما يقال، والتعليمات المضادة المماثلة لتلك التي تستخدم مع الصغار. فبدلاً من أن نقول: «لا تأكل تلك الحلوى»، قل: «استأثر بكل تلك الحلوى». ويتوقف الولد الذي يوسخ نفسه باستحواذية لا تبالي بكل غضب الأسرة وحدودها المانعة، عن فعله البشع حالاً إذا ما طلب إليه أن «يعملها» في بنطاله «ويتذوق الحصاد وحده».

يستطيع المعالج الذي يعمل في هذا الحيز أن يأخذ دور أب مختلف عن التجريدية التقليدية المتطلبة من المحلل. فمعالج الأسرة يعمل في الخطوط الأولى يمهد دربه ويحفره عبر تشويش الاعراجات المضطربة. عليه أن يزج نفسه كلياً لأن لقوته وحدها التأثير الذي يوازي وزن نظيره للأسرة. ولا يستطيع معالج الأسرة انتظار لا شعور الأسرة حتى يشمخ صوبه، بل عليه أن يقدم طاقات جديدة في منظومة كان يمكن أن تبقى تتدحرج في المسارات التي اعتادتها. إنه يلعب دور حكيم العشيرة أو دور الواغل الوسيط العادل. يعرف الجميع ذلك ويعترفون له به ويمكنونه منه ويقوون سلطانه عليهم.

لا أود أن أخلق انطباعاً بأن معالج الأسرة يمارس كل تلك الأساليب. فالخلاف بهذا الشأن كبير يتركز أكثره في دور التحليل النفسي[1]. وبالرغم من صعود نجم «المؤسسة» فإن أقلية فقط تمارس العلاج الأسري آملة أن تجعل منه صيغة معدلة من التحليل النفسي. إن هؤلاء يسبحون ضد التيار إلا إننا ما أن نبدأ ننظر إلى مشكلة الاضطراب العاطفي من وجهة نظر الأسرة حتى يبرز أكثر من مجرد نظرية المنظومات. يغدو واضحاً جداً أيضاً أنّ أي منهج فردي يترك كثيراً من ضروب الازعاج خارج الصورة، والغالب أن يجري الناس لممارسة علاج الأسرة بسبب اهتمامهم الخاص بالأشياء التي يتركها المنهج الذاتي مما يجعلهم أقل تعاطفاً مع التحليل النفسي.

من طبيعة الطريقـة التحليلية ألا تقيم تـوجيهات وألا تفـرض قيماً فتمارس الأفعال حينا، وتعد حيناً أخرى عائقاً يحد من كسب المعرفة بصدد الذات، ويدفع العالم الحقيقي إلى الأقبية المعتمة. وبالرغم من أن الصيغ الأخرى للعلاج، حتى الفئوية منها، تشجع بين آن وآخر الفعالية، وتركن إلى حرية القيم، فإنها تشارك التحليل عجزه عن الولوج المباشر إلى علاقة الفرد بالأقربين له. يصبح الناس، نتيجة لذلك، «متنورين» بتأثير علاجهم لكنهم لا يفعلون شيئاً أو حتى لا يبذلون جهداً للتعامل مع واقعهم الشخصي.

قد يكتسب المرء تبصراً بالمصادر اللاشعورية المتعددة الجوانب لعجز حياتي عن الشعور بالقرب من أبيه. وهي معرفة قد تقيم فرقاً حقيقياً في حياته بحيث أنه قد يصبح أهدأ وأقل قسوة على نفسه وأكثر انتاجية وأقرب للناس الآخرين. إلا أنه قد يبقى يجد نفسه عاجزاً عن أن يشعر قريباً من أبيه حتى لو أنه تعلم أن «الشرخ» بينهما لم يكن كبيراً وعصياً على الرأب كما سبق له أن تخيله. وهكذا فإنه يستمر يتجنب العلاقة ويهرب منها.

قد يقول المحللون إن هذا يعني أن الرجل لم يحقق تبصراً كاملاً في المشكلة وأنه لا يزال معمًى بالقلق الطفلي مما يدفعه لتجنب التعامل على

(1) Nagi, B. I. and L. Framo (eds.), Op. Cit, Beels, Ch. and A. Ferber, Family Therapy A View Family Process, 1969, 280 - 332.

أساس اليوم الراهن مع والده. بعبارة أخرى، إن مثل هذا المرء يحتاج تحليلاً أكثر أو أفضل. لكن الواقعة تبقى أن عدداً كبيراً من التحاليل والعلاجات الأخرى تقف عاجزة عن تنقية العلاقات الأسرية. لا شك بأن هذا الأمر يرجع إلى ما يعانيه المعالج من عجز عن دفع الفرد للتعامل مع العالم الخارجي. فلقد أقام المعالج آخر الأمر تنبؤاته وأرسى توجيهاته للمريض وأدرك إنحلال عصاب التحول الذي سبق للمريض أن أرساه عليه وكان إنحلاله بأفضل صيغة. لم يبق، عند ئذ، ما يدعو إلى الامتناع عن التأكيد بأن الهدف الضروري للعلاج قد تحقق وإلى تأجيل حال التفاؤل لتكمّل في العلاقات الأسرية. إلا أن الواقعة الأكثر أساسية هي أن منظومة الأسرة، ناهيك عن الناس الآخرين داخلها، تسلك طريقها معلية قوانينها الخاصة، ولا تتأثر إلا جانبياً بما يحدث في العلاج الفردي. وإنْ حدث ذلك فليس بالصيغة الأكثر توافقاً. فلقد تحطم عدد كبير من الزيجات لأن أحد الشريكين تغير أسرع من الآخر في العلاج الفردي أو لأن الشريكين تأثرا بصورة مستقلة لأن كلاً منهما شعر أنهما ما كانا يوماً قط سعيدين في الأصل.

قد يكون ذلك مقبولاً من قِبل أخلاق مفردة خاصة، وقد تكون أكثر الزيجات بدأت كأخطاء مفزعة لا بد من كسرها الآن لتحرير العالقين بها. لكن ضرورات الأسرة، وخاصة ما يرجع منها إلى الأولاد تريد أن يكون الأمر خلاف ذلك..ألا يمكن، من الوضع المذكور، لمعالجة الزوجين أو الأسرة أن توفر بعض الحظوظ لجعلهم أكثر توافقاً والحفاظ على الأسرة. قد يضيِّع هذا عدداً من الامكانات الأخرى كالكشف العميق عن شعور المرء. قد يدفع الكشف العميق بحيث يعطي للعلاقة قوة أكبر، فتتعلم الزوجة كيف تميز بين ما تريد من والدها وبين ما تريد من زوجها وتغدو أميل لأن تعيش «الآن وهنا» مع زوجها..

لم يعد فرويد والتحليل النفسي بجعل الناس يعيشون أكثر تناغماً بل إنّ ما وعدوه هو فقط جعل اللاشعور شعوراً وتحويل الهو إلى الأنا لاعتقادهم أن ذلك يقتلع شأفة العصاب من جذورها. لكن الناس، بصرف النظر عن حال

عقولهم اللاشعورية أو الداخلية، يعانون من العلاقات الفعلية التي تتعثر في التحولات الفورية لحياة الأسرة. تعيش الأسرة اليوم حالاً من الفوضى مما يزيد في عدد الناس اليائسين لمعرفة كيف يقيمون الأشياء بصورة سليمة. ويعجز العلاج الفردي أو لا، يتوقع له أن يفعل ذلك مما يفرض على علاج الأسرة أن يزدهر.

إلا أنّ المتلهفين إلى دفع حركة الأسرة يفشلون، بسبب عجلتهم لجني ثمار الحركة، في التعرف على الحدود الخطيرة التي تقيمها شروط الحياة مما يجر إلى عرقلة ما يصبون إلى إنجازه. ويمكن للمرء أن يتأكد، حالما تبدأ مدرسة علاجية «تطبل» بأنها الاجابة الصحيحة على لغز الوجود، من أن لجج الحماس قد أغرقت الكثير من الملاحظات الهامة، ولم يبق من «شجرة المنظومات» سوى التاريخ الذي عمل من وجهين، نشرح أحدهما الآن ويترك الآخر لنهاية الفصل.

يُفسّر حماس معالجو الأسرة لنفي الفرد والذاتي ولاشعور التحليل النفسي من الوجود بالببغائية الواضحة التي تنجم عن اكتشاف منطقة جديدة هامة من طرف وبالحنق على ما يفعله التحليل النفسي من طرف آخر. وأكثر أهمية مما سبق هو الاعتقاد بأن اللاشعور سوف يقطع الروابط مما يحطم الأمل «بكمال» الإنسان عبر تدخل الأسرة الراهن ونسيجها الواعد. لقد اعترف فرويد أن بعضاً من جانب هام في كل منا محبوس، ليس في اسرتنا الراهنة الحقيقية، بل في أسرة التخيل التي ترجع إلى الماضي، وأن عقلنا اللاشعوري يبعد بقوة عن الحاضر بواسطة الكبت الذي يشدد في اخفائه. لقد تجاهل تلاميذ السلوك الإنساني تكهنات اللاشعور، إذن، وبمعنى ما.

لكن قوة الفكر اللاشعوري لا تعني بالضرورة أن ما هو شعوري قائم في الواقع الراهن عديم الأهمية. بل إن العكس هو الصحيح فما لم يُعَد الراهن والشعوري بطريقة هامة، لم يبق للاشعور شيء يخفيه. إن على اللاشعور أن يختبىء، وليس ثمة ما يحبه أكثر من قيام واقع راهن صلب وحازم يختفي وراءه.

هكذا يكون لكل إعواج أسروي جوانب متعددة. أحد تلك الجوانب مخبأ لا ينتمي إلى الحاضر لكنه يعلق نفسه به. ليس الرباط الاوديبي للأهل الحقيقيين، بل لناشىء الماضي البعيد الصغير الحازم، ذكراً كان أم أنثى، الذي يعيش في الذاكرة، بل وليس ذاك الرباط حتى لما كانه الشاب أو كانته الشابة في واقع مضى، بل لما تحولوا إليه برغبة طفلية.

وإذن، فإن منظومة الأسرة تنزلق في مدارج الحاضر، كما يصر بحق منظرو المنظومات، بدلالاته وقواعده وانشوطات عقد التلقيم فيه. لكن الأسرة، ولأنها بالضبط منظومة في ذاتها، تنفصل عن المنظومات الأخرى، وخاصة منها المنظومة الرغبية خلف الكبت. هذا الإنقسام هو ما يولد الصراع.

تقوم النقطة الدبقة في أنّ المنظومة الذهنية التي اكتشفها فرويد ترفض التعامل مع المنظومة الشعورية المتأصلة في الواقع، ولا تتواصل معها. إنه إثم خطير للمعالج الأسروي. يستطيع المرء أن يلغو حتى «تقفز البقرة إلى القمر» مصطحبة معها من يجلس أين وكيف تنتفض الأم عندما يقاطع أحمد الوالد ويبقى أحمد يتلهف للأم والأب الأثريين المبويين في فهرس أفكاره اللاشعورية. قد تتحسن حياة مثل هذا الكائن وقد يشعر أنه أقوى وأقدر على كبت شيطانه المزعج. قد يقوم كل فرد بممارسة حياته بصورة أفضل، لكن رغباته المجندلة المكبوته تبقى وتكون جزء منه يعجز علاج الأسرة عن أن يمسه إلا نادراً جداً.

لكن، وفي حين أن علاج الأسرة يكون، مثل كل ضروب العلاج، مسعى محدوداً، فإنه يبقى نمطاً قوياً يلائم معالجة الاضطرابات العاطفية الحادة كالفصام حيث يصعب بلوغ المريض وتكون معالجة الحياة اليومية نفسها موضع تساؤل كبير ووحدة العائلة بحاجة ماسة إلى العلاج. ليس هنا مجال مناقشة الفصام إلا للتأكيد بأن المريض الظاهر الذهانية موجود دوماً وراسخ الجذور في مشبك أسري يعجز أعضاؤه عن تفريد أنفسهم الواحد عن الآخر. على العلاجات الفردية في مثل تلك الحالة أن تبقى على مستوى سطحي تحت رحمة دعم مجد من العقار، أو أن تساق في مجازفة كبرى فتغرق

في حمأة رمل التحول السريع الحركة. لكل تلك الأسباب تكون للعلاج الأسري قيمته الخاصة.

نستطيع أن نتلمس منطق نظرية المنظومات للعلاج الأسري الذي يتفتح في العدد الكبير من المواقف حيث يعلق الفرد في مصيدة شبكة معقدة من عوامل حيوية واجتماعية ونفسية. ولن يدهشنا أن تضيق الشبكة عندما ينزل المرء السلم الاجتماعي. يكوّن علاج منظومة الأسرة، إذن، أول خطوط مقاربة المشكلات العاطفية للفقراء[1]، أي لأعدادٍ لا تُحصى من إناس أخضعوا لعلاج نفسي زخمي بديل خال من الهدف. في حين أن ما يحتاجه هؤلاء هو دعم مادي مباشر وتدخل عملي يمكنهم من متابعة الحياة. إنها النقطة الأكثر وضوحاً في العالم. مع ذلك فإنها تُنسى أو تُتناسى في زخميات نفسية ليس لها أن تطمح إلى أية طاقة أو إلى وجود أو بقاء دون الوجود المسبق أو القبلي لجسم مطعم.

يشكل العلاج الأسري أيضاً ملجأ للعديد من حالات الارتجاج المادي أو المشكلات الجيلية المكشوفة مثل مختلف اضطرابات الطفولة والمراهقة. ثم إنه اختيار منطقي بالنسبة لبعض الشروط مثل بعض حالات التسمم الكحولي التي تختلط بالتنافر الزوجي وحيث لا يمتلك الفرد الدافع لمتابعة علاج آخر. فمن سوء الحظ ألا يكون للكحوليين أي دافع لأي نوع من العلاج، خاصة لعلاج يضع الكحولي في مجابهة مباشرة مع قرينه. لكن هذا يسوقنا لمشكلات ذات تطبيق خاص غالباً ما يُبنى على النقط الدقيقة للحالة الفردة.

خضع العلاج الأسري لتعديلات لا تُعدّ. إذ يمكن لعلاج الأسرة بالفعل أن يكيف ليلائم أي شيء خلاف الموقف الذي لا تكون فيه الأسرة حاضرة، أو الموقف الذي يصر فيه الفرد على أن يكون بمفرده. تعد فئة الأسرة الموسعة أحد أهم التعديلات الواعدة فهي تجمع النموذجين الرئيسيين

(1) Auerswald, E. H., Interdisciplinary Versus Ecological Approach, In Sagar and Kaplan (eds.) Op. Cit, P. 309.

للعلاج الاجتماعي[1] وإنها معدة جيداً لتلائم الفصام حتى ولو كان الأمر بسبب الاعتبارات الاقتصادية.

التوسع الآخر المعقول تماماً إنما هو علاج شبكة الأسرة الذي وضعه سباك وآتنيف[2]. تُلْمْلَم هنا الأسرة الموسعة معاً وليس فقط الوحدة الأسرية الحديثة المكونة من الزوجين والأولاد. وقد يضاف للأسرة الموسعة بعض الأشخاص الدالين من خارجها. تتضمن اللملمة حشر قرابة ستين شخصاً في غرفة واحدة فيركزون اهتمامهم في مشكلات بعينها لأعضاء بعينهم وفي السؤال: ما الذي تسعى إليه الأسرة، أين كانت، أين تسير، وما الذي يستطيعه الأفراد بصدد الأزمة الراهنة؟ واضح أن علاجاً من هذا القبيل يتطلب جرأة وقوة وإقداماً لكن يبقى مشحوناً بالمغامرة محفوفاً بالمخاطر.

إنْ أمكن جمع الأسرة الموسعة مع أشخاص دالين من خارجها، فما قيمة رسم الخط الفاصل والحدود المقامة بتلك الصورة؟ أليس المجتمع بأكمله هو الشبكة المعقولة؟ لا يرفض بعض أنصار العلاج الأسري قبول التحدي المذكور لاعتقادهم أن حقلهم يشكل حجر الأساس لمنهج موحد يشمل مستويات التنظيم الإنساني.

لكن ذلك يطرح مستوى آخر من «النسيان التاريخي» الذي يعاني منه منهج الأسرة. لا يحول التاريخ الفردي وحده صوب التخيل اللاشعوري، بل إن تاريخ المجتمع نفسه يقف عائقاً عبْر مجمل المدى الإنساني ضد التوسع الساذج لمنظومة الأسرة. الأسرة نفسها ألعوبة للمجتمع مثلها في ذلك مثل الفرد. فإذا كانت الأسرة المعاصرة في الغرب اليوم تتحطم، فليس عبر تعارض ذاتي داخلي فيها، وبالتأكيد ليس لأننا لا نملك أدلة عمل إيضاحية ومواد تعلمية في زخميات الأسرة، وورشات علاج أسري أو تجمعات شبكية أسرية. لا، وليست هي مشكلة تواصل. بل إنها في الأساس بسبب مطالب النظام الاجتماعي التي يفرضها الرأسمال الاحتكاري في المجتمع المعاصر.

---

(1) Laquear, H. P. Mechanisms of Change in Multiple Family Therapy, In Sager and Kaplan, Op. Cit; P. 400.

(2) Speck, R. and C. Atteneave, Family Networks. N. Y., 1973.

أقول في الأساس لأن القوى الاجتماعية المهلهلة حول منظومة الأسرة لا تظهر كمعطيات فورية أكثر من ظهور المطالب الشخصية للاشعور بتلك الصيغة. تعمل القوى المذكورة بشكل زحزحات أو تيارات تأثير عريضة شبيهة بزحزحات التيارات الهوائية التي تحدد المناخ. لقد طالما دمر المجتمع الطبقي القائم على الربح العلاقات الأسرية في أولئك المستثنين من السلطة، خاصة في الأحزمة الفقيرة المتحلقة حول المدن الكبرى. يوسع النمو العصري للرأسمال الاحتكاري والاقتصاد الاستهلاكي الاتجاه المذكور ليشمل أسر الطبقات الوسطى. تتمزق الأسر بتأثير تيارات تتبدى في كل مظاهر الحياة اليومية نتيجة لضرورات الاقتصاد اللاشخصي المتمثلة بالحاجة إلى فصل العمل عن البيت بمسافات كبيرة وقيام قوة شغل شديدة الحركية أو التفاعلية وبأداء عمل يضعف إنسانية الفرد أو يشدد اغترابه. هناك جانب آخر لا يقل أهمية وقوة عن الجوانب السابقة وينزل بالقوى الاستهلاكية التي تفرض على الفرد ليس فقط أن يشتري الأشياء بل أن يبيع نفسه كسائر السلع التي تباع وتشرىٰ. إنها سلعة فريدة يتمتع البائع بثمنها الآن ويعاني من تلفها وطرحها لاحقاً. في هذا نظام لكنه نوع فريد منه لا تكون فيه أمانة العلاقة والاعتبار المفرط والاصالة والتميز إلا بهدف الربح والانتاج لعنة بغيضة. ثم إن القوى الاستهلاكية لكل جيل في النظام المذكور تحتقر سابقتها مما يولد الشهوة جامحة إلى بضاعة جديدة أي إلى سلع بشرية جديدة.

تستغل الرأسمالية الاحتكارية مشكلات العائلة فتصهرها لبناء مسلسلات تلفزيونية وتحرك أرضها الخصبة لانتاج العمال والمستهلكين في آن واحد. لذلك يبرز حماس البورجوازية لوقايتها واستمرارها وانتشالها من التمزق. إنها كالعديد من قلاع الرمال نبنيها لتتهدم أمام الأمواج العاتية.

تمسك التيارات المتقاطعة معالج الأسرة كما تمسكه الرياح العاصفة من اللاشعور الشخصي. تبدو الأسرة إنْ هي درست بكليتها وفي ذاتها ثابتة بشكل رائع، أما إنْ هي وضعت بشكل حرج بين المطالب الثورية للفرد ونظيرتها للمجتمع تأرجح مصيرها في خيال واهم على الرغم من أهميته

وضرورته. لا عجب، إذن، أن يلجأ الكثيرون من معالجي الأسرة إلى منظومتهم الخاصة نفسها فيجازفون مسلحين بنظرية ثورية لتوافقها مع أهداف العمل الاجتماعي. لقد عمل لينك[١] وجماعته الكثير لإقحام العالم الواسع في أمراض الأسرة لكنهم عجزوا عن الإتيان بأي تحليل مبدع ثوري أو سياسي أو اقتصادي ليحمل على الأمر. فلم تضع في الصدد المذكور سوى القليل منذ دراسات رايخ [٢] الجنسية في أوائل الثلاثينات ويأتي أفضل هذا القليل من النقاد الإناث [٣].

كانت النتيجة أن أكثر برامج تدريب علاج الأسرة لم تُعْنَ بتحليل العمق الاجتماعي عنايتها بتحليل العمق النفسي. هكذا بالرغم من أن أولئك المعالجين قد يكونون ذوي عون للأسرة الفردة، فإن تأكيدهم للأسرة المؤسسة غالباً ما كان خضوعياً مشوشاً. وبالفعل فإن المعالج الذي يعتقد بإمكانية توسيع أسلوبه للعناية بالمجتمع أو حتى لانقاذ الأسرة «المؤسسة» أبْعد الانتباه عن البؤرة الحقيقية وعمل على تضخيم المشكلة بدل أن يساعد في حلها.

من حسنات العلاج الأسري أنه يميل لأن يكون أقل كلفة وأكثر إيجازاً من العلاج الفردي عموماً ومن الفردي التحليلي خصوصاً. إنه، إضافة لذلك، يمكّن الفرد من التركيز في السلوك الفعلي المؤثر في الحياة مع الأقربين منه. ثم إن بعض جوانب العالم العاطفي التي تظهر مباشرة في علاج الأسرة قد تبقى عصية على متناول أي علاج فردي أو فئوي. وإن عوامل «التحول» التي تعرقل عدداً من العلاجات الفردية والفئوية تُطمس هنا في وضع يتركز فيه الاهتمام بالأعضاء الحقيقيين للأسرة. لا يجد المعالج في أية صيغة علاجية أخرى منطقاً للسلوك بطريقة اجتماعية عادية إلا في جو الأسرة.

يمثل علاج الأسرة، بالاضافة لذلك، منهجاً أشمل لمعالجة المشكلات

---

(١) ارجع لفصل المجابهة الوجودية.

(٢) ارجع لفصل العلاج الحيوي الوظيفي.

(3) Mitchell, J., Woman's Estate, Penguin, 1971.

المحيطية الأخرى علاوة على المشكلات «بين الفردية». أخيراً، يميل علاج الأسرة لتوطيد اتجاهات مسؤولة من الآخرين ضداً على العلاج الفردي الذي يعطي الأهمية للذات مما قد ينتهي بالفرد إلى الأنانية. يمكن، إذن، عد علاج الأسرة أكثر العلاجات براغماتية.

لقد لوحظت المواقف الرئيسية التي يفيد فيها العلاج الأسري، لكننا للملمة الأمر نقول، يفيد علاج الأسرة في شقاء الفصاميين الذين لا تبرز فردياتهم في الأسرة جيداً وفي الحالات التي تتهدد فيها وحدة الأسرة من قبل أناس يتخطى اهتمامهم بأمن الأسرة نظيره بنموهم الفردي، وفي الأسرة التي تعاني من عدد ضخم من المشكلات الاقتصادية التي تعمل على تعقيد مشكلاتها النفسية، وفي صراعات الأجيال، وفي الاضطرابات العاطفية لدى الأطفال. يعني هذا أن للأطفال مكانة خاصة من علاج الأسرة؟.

يتوقف الأمر على ما إذا كان العلاج سيركز في الزوج الوالدي أو في مجمل الأسرة. يشكل الحالان جانباً هاماً من علاج الأسرة. وفي جميع الأحوال يتأثر الأطفال بتأثر والديهم. الواقع أن عدداً ضخماً من اضطرابات الصغار متحول قلب ومؤقت ويتعدل أكثر إنْ حلّ الوالدان مشكلاتهم الخاصة. لا حاجة إلى القول بأن هذا نفسه يحدث إذا تم علاج الوالدين فردياً حدوثه إن عولجا كزوج. ويختلف الأمر نوعياً إذا ما حول سلوك الطفل نفسه إلى بؤرة العلاج. تزداد أهمية الأمر إنْ شكل تفاعل الطفل مع الآخرين في الأسرة جانباً من المشكلة. يكون الطفل عندئذ مريضاً مقصوداً لكونه ضحية لمشكلات الوالدين ودريئة للعلاج. وقد تكون أعراض الطفل في الحالات السابقة خريطة تظهر فيها كل مشاكل الأسرة وقد يسقط الأهل مشكلاتهم الخاصة بأولادهم وينقلبون مشغولي البال بصددهم بصورة دفاعية. في هذه الحالة، يجعل ضم الأولاد إلى الأسرة إمساك المشكلة التي تزعج الأولاد حقاً أمراً صعباً.

يجب التأكيد بصعوبة إصدار حكم صادق من هذا القبيل ولا بد من استشارة السريري المتخصص في الطب النفسي للأطفال عند كل اضطراب

في سلوك الصغار. يعد الكثير من العلاج بالجنس مجرد اشتقاق للعلاج الأسري. هل يشمل العلاج الأسري أهدافاً للنمو الفردي يمكن أن تتوفر في العلاجات الفردية؟.

واضح أنّ على علاج الأسرة أن يغير تلك الأهداف. لكن التغيير يختلف عن التراضي والمساومة. إنه بنية مختلفة ومسلك آخر للخروج من الموقف العصابي. تدعي العلاجات الأسرية، بمنطق معقول تماماً، أن بامكانها تحقيق نمو فردي أصيل يمكن الناس من أن يفحصوا علاقاتهم الأسرية بصورة جيدة بدل أن يبقوا أسرىٰ تلك العلاقات. توفر صياغة انموذج أكثر نضجاً للعلاقة ضمن الأسرة نظيراً محدداً لا نموذج داخل المجتمع الأوسع تتعايش فيه الحرية الفردية مع التبادل التواكلي.

ما مدى تقرب أهداف علاج الأسرة من أهداف علاج التحليل النفسي؟

لقد كان التحليل النفسي الفرويدي منذ البدء دراسة للأسرة داخل الفرد مما يقيم رابطاً منطقياً بين التحليل النفسي للفرد وبين التحليل النفسي للعلاج الأسري. لا يمكن لأسباب واضحة تسيير العلاج الأسري كتحليل نفسي، لذلك يقوم نوع مختلف من المعرفة بالذات لا يعنىٰ بالرغبات اللاشعورية العميقة قدْر عنايته بالطريقة الخبيثة التي تعمل فيها تلك الرغبات داخل الأسرة، مما يقلل أهمية التخيلات والجسم ويزيد في أهمية تعقيدات التواكل والقوة. ومن غير الحكمة للمرء بسبب الأساس الثابت للعلاج الأسري في الواقع الاجتماعي، أن يتوقع منه الأهداف الخاصة للعلاج الفردي سواء كانت تلك الأهداف مرآة للتحليل النفسي أو تصدعات للجشتالتية أو سوى ذلك.

يجر العلاج الأسري مخاطر أقل مما يجره نظيره الفردي، لأن الأسرة ذاتها تعمل كملجأ آمن للفرد المريض. يمكن بالطبع للمشاعر العاصفة أن تثار وللمجابهات المزعجة وللتحولات في علاقات القوى أن تتحدى في العلاج الأسري. لكن على تلك أن تصنف بين التأثير العلاجية. لكن ثمة اتجاه

يرتبط بالظواهر المذكورة لا بد من رصده يسهل على الحلول الخضوعية التبسيطية أن تدلف إلى ممارسات العلاج الأسري بسبب شدة الشعور ضمن الأسرة وبسبب كون الأخيرة بنية محافظة في جوهرها. يجد العديدون من معالجي الأسرة أنفسهم مدفوعين لأن يسلكوا كآباء مثاليين. وهذا هو الجانب الآخر لصفة البراغماتية التي هي أهم حسنات المنهج. لكن تلك البراغماتية، وإلى الحد الذي تنزل فيه لتغدو تبادلاً سلعياً رخيصاً لما يمكن أن يحصل عليه الفرد في المجابهة العلاجية، تنقلب سوء وبشاعة.

٢٤

علاجات التوجيه السلوكي

العلاج العضوي

إذا كان كل ما يقال يُفعل ، فإن أيّ علاج يطرح للناس ، يؤثر فيهم بطريقة مراقبة وموجهة مضيفاً سلوكاً جديداً أو متعلماً لخبرتهم . الغالب أن تصاغ مجموعة من الافتراضات بصدد الطبيعة « الحقيقية » للمشكلة العاطفية ، وأن تزاوج بمجموعة إجراءات عملية تلائمها . يشمل العلاج ، إذن ، مجموعة تعليمات للمعالج يسلك وفقها محدثاً فعلاً أو عملية معينة يتعلمها المريض في إطار تلك التعليمات التي تشكلها . نقول في تلك الحالة ، وبصورة ذاتية ، إن طبقة جديدة من التعلم قد وضعت فوق ما كان من قبل هناك . ويمكن أن نقول الشيء نفسه بصورة موضوعية لكن ما نقوله هنا يكون بصدد السلوك الملاحظ .

تعتبر كل العلاجات بهذا المعنى ، تعلمية ولا تستحق سوى قلة منها أن توصف بأنها موجهة للسلوك . يحتفظ بالتخصيص المذكور للعلاجات التي تفرض قيام المشكلة العاطفية في شيء ملاحظ . يهدف العلاج ، عندئذ للتأثير فيما تتقرر ملاحظته . ينخرط العامل في علاجات التوجيه السلوكي في فعاليات تتركز في المصدر الملاحظ من المشكلة العاطفية مما يجر إلى فصل المشكلة عن المريض وتغدو المشكلة بعض صفات الشخص أي شيئاً « يمتلكه » وليس شيئاً « يكونه » . وتنعكس الآية في علاجات التحليل النفسي فيتركز الاهتمام في مجمل الشخص ويكون العصاب « لي » أو على الأقل

« فيّ » ويختلف محرق الاهتمام من مدرسة علاجية لأخرى فيكون في وعي الذات لدى الجشتالت ، وفي الجسم الذي لا ينفصل عن الذات لدى الحظيفية وفي « «انا» ألعبانية لدى الاعراج ، وفي الأسرة التي فيها أعيش لدى الأسري. يستغرق محرق الاهتمام مجمل الشخص في كل تلك الحالات . ويختلف الأمر في علاج التوجيه السلوكي فيكون الشخص والمشكلة مستويات مختلفة ، فتتموضع ، (الموضوعية) المشكلة ويبقى الشخص يمتلك المشكلة ، ويحملها للعلاج ، ويقيم ضرباً من الاتفاق مع المعالج بحيث يعاين له مشكلته . إن الشخص بذلك يترك بعضاً من ذاته في غرفة الإنتظار . ويعطي المعالج رخصة لمهاجمة عدوانية غير مكترثة لمشكلة ليست جزءاً من الذات . المعالج في هذه الحالة ، أقرب إلى طبيب الأسنان الذي يهاجم فم الإنسان بالمطرقة والمثقب بحرية تامة ذلك لأنه حرر عقداً مسبقاً أنه إنما يعمل في الفم « ممتلكاً » لشيء عضوي صرف وليس للذات المجردة .

يميل المعالجون الآخرون للانحراف مع الدين أو نحوه ، ويستغرقون في أسئلة حول الهدف الكلي للحياة . أما علاجات التوجيه السلوكي ، بسبب تحديدها للمشكلة كشيء ملاحظ ، فإنها تتحرك في اتجاه مضاد تماماً . تميل الكفة هنا صوب العلوم الطبية والتجاربية وعلم الاحياء الذي يجعل الجسم الكيمياوي العضوي المحسوس ، وليس الكلية المستغرقة ذات الطبيعة السرية أو الحيوية الوظيفية ، موضوعاً للبحث التجريبي [1] .

لا تحتاج علاجات التوجيه السلوكي أن نذهب بعيداً في علم الاحياء ، بل قد يكفيها التركيز في التفاعل الاجتماعي ، أو في العوامل النفسية أو حتى في التفاعل الخلقي . تقوم المشكلة في كل حالة في شيء يمكن تحديده وملاحظته ويستجيب للتأثير العلاجية بصورة مباشرة .

ويتمتع علاج التوجيه السلوكي بجاذبية خاصة وينجح في إرساء قدر كبير من التصحيحات لتفاسير ساذجة لا زالت تطبق تقليدياً وآلياً عبر العصور . من تلك التفاسير على سبيل المثال ، لا الحصر : «إنها

(1) Kalinowsky, L. and P. Hoch , Somatic Treatment in Psychiatry, Grune, 1961.

أعصابك » ، « وأنت متوتر لأنك كنت تعمل كثيراً » ، « ارتح قليلاً » ، « واغرز هذا الدبوس في الدمية أو انس الأمر ، فهو من مخيلتك » ، و«كل ما يجب عليك عمله هو أن تقلب صفحة جديدة » وغير ذلك من أمثلة غير مكتوبة . وللحق نقول ، ما كان لتلك التفسيرات أن تحظى بذاك القدر من الشيوع ما لم تكن توفر بعض النفع للمرضىٰ .

غرضنا هنا عرض جزئي لمقومات الاضطراب العاطفي التي تتصف بالضخامة والغموض وتتمتع بقدر كبير من التنميق ، وترجع دراستها إلى علم الاحياء ، وتتأثر بالعلاج الحيوي كالعقاقير والصدمات والجراحة النفسية وغيرها من أمثالها[1]. علينا أن نركن إلى التأكيد المتواضع بضرورة فحص المقوم المذكور . فقد ثبت ، بما لا يقبل الجدل ، قيام استعداد عضوي موروث متميز يسبب الفصام ، وتأثر بعض أشكال الأمراض الاكتئابية بالعوامل الإرثية . يغير التأثير المنزل بالأعصاب والغدد في الصادر الانفعالي والاضطرابات العاطفية وذلك لامتداد جذور العاطفة إلى العضوية والأجهزة الغددية . ليس تجاهل هذا المستوى لصالح « نفسانية » أو « محيطية » نقية سوى هروب من الواقع والحقيقة . ومن يطمر عينيه الرملُ نعامة سواءً انتسب إلى قبيلة الطبيعيين الانقياء أم إلى قبيلة الغذائيين .

ليس ، ما يجب أن نؤخره هنا هو عنصر الحقيقة العضوية بصدد الإضطراب العاطفي ، بل الأفانين العلاجية التي تستخدم مصدراً للسلطة . يعدّ معالج منهج التوجيه السلوكي الجسم الكيمائي العضوي قلب المشكلة وذلك أمل أن تجد توجيهاته فيه صبغة عضوية أولية ، هي العلاج العضوي .

يعتبر العلاج العضوي مشروعاً ضخماً . فلا شيء يستطيع إراحة عائلة مشوشة يحطمها الإثم أسرع من إخبارها بأن معاناة طفلها الذهاني ترجع مبدئياً ، إلى اضطراب عضوي خارج عن سيطرتها ، وأنه ليس خطأ أحد من أفرادها . ولا شيء ينقي دماغ طبيب مستعجل أو يملأ جعبته أكثر من منحه

(1) Klein, D. E. and J. M. Davis, Diagnosis and Dryg treatment of Psychiatric Disorder, Williams and Wilkins, 1969. Snyder, S., Madness and the Brain, N. Y., 1974. Kalinwosky, L. and P. Hoch, Somatic Treatments in Psychiatry, Grune, 1961.

لمريضه تصويباً احيائياً يقول فيه: «أنت تعاني من توتر عصبي»، ودعمه لقوله ذاك بعرض صقيل متعدد الألوان يضع المريض على حوافي ضباب غامض مظلم ولذيذ لبعض الوقت.

ثم إن هناك المشروع الشاماني الأكبر ، أي صناعة العقاقير المذهلة التي قيل عنها بحق أن لديها رخصة لطباعة الأوراق النقدية . يتمثل عمل المجتمع الاستهلاكي في العصر الحديث بتمكين صناعة العقاقير من استعمار جوانب كبرى من الشعور لدى اعضاء المهنة الطبية وعامة الناس على السواء . تحقق صناعة العقاقير أغراضها برشوة الاتحادات المهنية الطبية بالهبات السخية وبغمر الاطباء بكتابات سطحية مبهمة تشكل خطراً على الغايات الأساسية للناس في المجتمع لا يقل خطورة عن الآفة التي ينزلها المرض نفسه في عقول الفئة التعيسة من المجتمع . ولا تنس الصناعة المذكورة أن تغرق المجتمع بالإعلانات التجارية ذات النزعة الاستهلاكية البشعة . يعمل اجتماع القوى المشار إليها مع ميل العديد من العقاقير النفسية الفعالة لتعليق الناس بها في إدمان استحواذي عبر عملية تعزيز نفسي قوي يقوم على التغييم المؤقت لمشكلة الفرد . وسرعان ما ترجع المشكلة تثير الاكتئاب في ذات الفرد مما يجره من جديد إلى العقار الذي تلاشت آثاره . توضح الواقعة الدائروية بين المشكلة والعقار وأثره فيها وتلاشيه والمشكلة، الطفح القوي الذي يعمل على ازدهار التجارة الصيدلانية .

هناك أيضاً أساس منطقي لاستخدام العقاقير . تمر بكل امرىء أوقات يعصف به القلق والتوتر مما يجعل المسكن ضرورةً لا مناص منها . ولا تجدي المهدئات إلا إذا كانت الأزمة قصيرة الأجل وكان السبب المولد لها خارجياً . أما في حالات الإثارة الانفعالية الشديدة فيغدو استخدام المنهج النفسي الاجتماعي سياقاً أكثر حكمة . ويميل العقار المهدىء لطمس الحاجة إلى المنهج المذكور . وتشتد الحاجة إلى العقاقير في القطب الآخر من منحى الانفعالات . تنجح العقاقير هنا تحديداً في السيطرة على الاضطرابات الحادة فيوصى بالفينونيازين للفصام وبالليثيوم للهوس وبمضادات الاكتئاب التريكلية

للذهانات الاكتئابية . يقال الأمر نفسه بصدد الصدمة الكهربائية التي قد تكون كل ما يستطيع طب نفسي معقول ومهم توفيره للمرضى برغم قباحتها وكراهيتها . يجد بعض المدافعين المتحمسين عن العلاج أن من الأسهل تجاهل الأمر الذي يؤكد انحدار الأشياء صوب السوء للعديد من الناس في عالم الواقع . ويضيق الاختيار بين مساعدة الفرد الذي يعاني بالوسائل العضوية أو عدم معالجته بأية وسيلة أخرى ، مهما كان السبب المولد للعلاقات الاجتماعية المضطربة . يمهد تجاهل هذه الحقيقة السبيل لقيام نظرية براقة تكون أفضل قليلاً من الأمراض .

إنْ كان لأساس العلاج العضوي أن يكون منطقياً ، فإن عليه أن يعمل على تحديد ذاته . ولن نتعرض هنا قط للاستخدام المنطقي للعلاج العضوي بالمعنى الذي تحدثنا فيه عن مفهوم العلاج بما له من قيم فكرية أو أثر اجتماعي . ثم إن العلاج العضوي نفسه لا يتظاهر أو يزهو بما هو ليس فيه أي بما هو إنساني أو وسيلي محدود أو ملجأ أخير في عالم يعجز عن توفير بديل يفضله .

لا تختلف المشكلة مع العلاج العضوي عن غيرها في العديد من المناهج العلاجية من حيث أنها تنزلق بسرعة متخطية حدودها المنطقية . فالحاجة فورية إلى إرجاع « الورطات » الخلقية والنفسية والسياسية إلى أساس عضوي . وهي تتماشى مع الجرف المؤلل الذي يميز الصيغ المعاصرة للقهر سواء في مساخر الاشتراكية العالمية أو في شعوذة الرأسمالية . يعمل تأشير بعض من الانحراف في الحالين بالاضطراب الاحيائي كطريقة جراحية ماهرة لازاحة الاضطراب عن الجسم الاجتماعي . تتمثل الازاحة المذكورة بالتخلص من البعد الانساني واستبداله بأمر يترمز بالعلم الموضوعي مما يمهد السبيل لسحق المنشقين إن بالجراحة النفسية أو ببعض المواد الكيمياوية أو بأنماط أخرى للطرق النفسية نشير إليها فيما بعد .

لا بد من إمساك الخط الذي يتضمنه علاج التوجيه السلوكي بالرغم من انسياقه الباهت تماماً في كل نقاط منحى الأمثلة العلاجية . ارجع إلى

التطبيقات اليومية واعتبر علاجاً سلوكياً توجيهياً يضم التحليل السلوكي النفسي إلى الاستشارة النفسية ، تبلغ واحدة من أكثر المشكلات أصالة ودواماً .

علاج الجنس

كان تقديم وليام ماسترز وفيرجينيا جونسون لدراساتهم الرئيسية حول الاستجابة الجنسية والقصور الجنسي (١) منطلقاً للدعوة إلى منهج موضوعي للأمراض الجنسية تحول أساساً إلى أفانين علاجية واسعة الانتشار ومتنامية. ليس هناك، بالتأكيد، نقص في زبائن مثل تلك الأفانين.

الغرابة في القوة الجنسية لدى الناس أنها شديدة المطاطية ولا تشكل الأساس الضروري للحفاظ على حياة الفرد في نفس الوقت الذي تشكل فيه المصدر الأقوى للذة والرابط الأوثق للعلاقات بالآخرين. يكون الجنس، نتيجة لذلك، وظيفة ضعيفة المناعة للعطب يسهل إغفال علاج اضطرابها. فلا شيء يجلب الناس أو يخلق لهم الشقاء أكثر من اللحظة التي يتم فيها ارواء الحاجات الأساسية للبقاء.

يرتبط عطب الوظيفة الجنسية بعدد كبير من الأسباب بدءاً باللامبالاة أو التجاهل البسيط الذي يحل بالفرد من جانب شريك يهمه من الجنس الآخر ، وانتهاء بالذهان العتيد . وطبيعي أن يعمل تعدد الأسباب على تنوع مناهج العلاج ووفرتها . لم تكن العقلانية هي ما أمسكت نمو علاج الجنس وحددته قدر ما كان العار المنتشر والإحجام عن الاعتراف بحق الفرد في تحقيق قدر أكبر من السعادة الجنسية . عكست الثورة الجنسية التي أكدت اتجاهاً جديداً في السلوك الجنسي موقف الناس من الجنس . وأياً كانت جذور الاتجاه المذكور ومداها فإنه يعترف بشكل واضح علني بحق كل انسان في اللذة الجنسية . ليست علاجات الجنس سوى محاولات لتحقيق تلك التوقعات ببراغماتية مطلقة تبقيها في « الهنا والآن » ، معتبرة الجنس إجراء تمكن ممارسته

(1) Master W. H. et. al. Human Sexual Response, Churchill, 1966. Human Sexual Inadequacy, Churchill, 1970. Kaplan, H. S., The New Sex Therapy, Baltimore, 1975.

وتحقيقه بمنتهى الموضوعية مما يجعله سريع الاستجابة للعلاج بطريق الوصف الدقيق لمجموعة من التوجيهات المصممة لإحداث التغير السريع . إنها علاجات موجهة للسلوك وتتلخص بأن للمرء مشكلة جنسية يمكن تحديدها كما يمكن وضع الأساليب المشخصة للتغلب عليها وحلها . فإذا ما استطاع الشخص اتباع التعليمات أمكن للمشكلة أن تتحسن أو تنحل .

يعد العلاج الجنسي نمطاً خاصاً من علاج الأسرة لأنه يمارس مع الأزواج . وغالباً ما يختلط استخدام أنموذج علاج التوجيه السلوكي والأسري بأقدار تتباين من موقف لآخر ، مشدداً القوة الإجتماعية للحياة الزوجية ومركزاً في الجانب الموضوعي من الفعالية الجنسية .

قد لا يكون الجنس الموضوعي أكثر من منعكسات ثلمة مجردة من اللهفة السرية المتخيلة في الفعل قبل ممارسته وتعمل نتيجة لذلك ، على الفصل بين المحبين . لكن لهذا الجانب ، أي الموضوعي أهميته وضرورته . فالتوتر المتغير باستمرار بين العقلي والمتخيل هو الذي يبقي النار الجنسية مشتعلة . وتحرق الجنسية نفسها في إحباط لا رجاء فيه إذا ما جردت من فعل الجماع .

يحدث النمط المذكور في نسبة مرعبة من الزيجات ويكون مألوفاً جداً في السنوات المبكرة كما يكون محملاً بالكثير من الاثم والعار بسبب الضغوط الاجتماعية المتشددة والصراعات العصابية المتنامية . ويجابه الاثم بكف الوظيفة الجنسية وتجنبها تلافياً للقلق الجنسي . يتجلى الكف بالمبدأ الذي يغلب وجدان أغلب الأزواج ويتلخص بقولهم : « أفضل لك أن تتزوج من أن تحترق » . وقد يُرى الكف في فعل جنسي غير مرض . الأصل في فعل الحب أن يعمل للتكيف المتبادل بين الشريكين تحقيقاً للزواج الجيد ، لكن سرعان ما تغدو صعوبات الفعل الجنسي مناسبة لدورة لا تني تتكرر بتلقائية مفزعة من المضايقة والتجريم . يعمل مثل هذا الجنس الناقص على إنقاذ صيغة شكلية من الزواج فيستقر الزوجان حريصين على العيش في مرارة منخفضة الحدة . لقد اعتاد الناس في الأيام السالفة عيش حياتهم في يأس

هادىء محاولين التنفيس عن ضيقهم في أداء عمل جيد . أما الآن ، فالأغلب أن ينزلق الزواج إلى بالوعة النفايات المفزعة .

إن ثمة ضرورة وحاجة لإصلاح ذاك الشقاء الجنسي . لا يشكل العلاج النفسي التقليدي ، بالرغم من قيمته لإصلاح الكثير من الحالات ، الجواب الصحيح العام ، إذ يعجز عن أن يدّعي القدرة والكفاءة لمجابهة كل جوانب الجنس أو حتى جانب معين منه ، دون أن يؤخذ الوقت والنفقات في الاعتبار ، وذلك لمحدودية وجهة نظره ولتركه الأمر للواقعية المشخصة للحياة الجنسية بين الزوجين . يتصف العلاج النفسي التقليديّ بالغموض والذاتية مما يجعله عاجزاً عن مجابهة المشكلة بصورة مجدية . ولا تقوم الإجابة في العلاج الوظيفي بالرغم من توجهه مباشرة إلى المشكلة الجنسية إذ تعوزه الذاتية ويلغي البعد الاجتماعي مما يعيقه عن بلوغ الواقع الحقيقي للمشكلة . ثم إنه بسبب فوريته المتطرفة لا يجتذب سوى فئة محدودة جداً من الزبائن .

في تلك الثغرة ، قفز ماسترز وجونسون فخططوا لأرض وسطى شملت العضوي والنفسي والاجتماعي في العلاقات الجنسية ، واستطاعا ، علاوة على ذلك ، حفظ كل من العوامل المذكورة بالنسبة الملائمة للنجاح العلاجي في عدد كبير من الحالات .

من هم تلك الحالات ؟ يفيد علاج الجنس الأزواج الذين تقترن ممارساتهم الجنسية بقدر من الإحباط لا يبلغ حد دفعهم إلى تحقيق الوظيفة الجنسية كاملة . إنهم أناس يعانون من آثار كف من مرحلة نمائية سابقة لكنهم نضجوا منها بقدر سمح لهم بالإفادة من فعل إعادة التعلم . لا يجب للمرء أن يتوقع تحرر مثل تلك الزيجات من العوامل العصابية ولا أن تكون العوامل المذكورة مجرد نتيجة للإحباط أو للتعلم الفقير . تتميز الحالات المذكورة بعدم طغيان العناصر العصابية وبقدرتها على التواصل وبتوفر الإرادة للعمل مع بعض القصورات السلوكية الخاصة التي يجب إصلاحها . وكما يعمل الفشل الجنسي على تضخيم الميول العصابية التي ساعدته في الأصل ، على البروز ،

يقدر النجاح الجنسي على إهجاع العصاب وتجميده عبر تشديد اعتبار الذات وتفريغ التوتر .

تغل القصورات الجنسية والعوامل المقومة لكل منها أيدينا وتجعل عملنا قاصراً على مجرد اقتراح بعض الممارسات للعلاج الجنسي . يتمثل مفتاح أية حالة بخليط فني من الطرائق التحليلية والسلوكية والعضوية . يشمل الجانب السلوكي النفسي للعلاج القائم على الدراسات التجريبية الذي اقترحه ماسترز وجونسون لمجابهة اضطراب الوظيفة الجنسية ، عدداً متبايناً من التمارين الموجهة لاضفاء الفتنة والسحر على التهيج الجنسي والغاء السلوك المشوش . يصنف المعالجان اجراءهما ويسميانه بالبؤرة النفسية . يشمل الشق الثاني أساليب مثل تلك التي أبدعها سيمانز في إنكلترا لتخفيض الإثارة في الذكر الذي يعاني من فجاجة القذف .

من الخطأ الفادح قصر العلاج على عدد من الإشارات المفيدة لتحقيق فعل جنسي أفضل إذ لم يكن ذلك هدف الباحثين على الإطلاق ولا يمارسه أي معالج جنسي يمكن وصفه بالناجح . وإن ما يجعل الأساليب العضوية والسلوكية مجدية إنما هي فعالية المعالج نفسه .

يهدف علاج الجنس إلى خلق مناخ عاطفي يهدف إلى تجريد الجنس من الصوفية الروحانية المسقطة فيه والإبقاء على واقعيته . يبدأ العلاج ، عادة ، بفحص دقيق خاص طبي وجنسي . ويحول انتباه الزوجين منذ البدء بعيداً عن الخيال وصوب الواقعية الموضوعية فيشجعان على رؤية مشكلتهم الجنسية كشيء خارج عنهم بحيث يتمكنا من مهاجمتها معاً . يعمل الإجراء المذكور على التخفيض الفوري للتجريم المشترك الذي يمرمر علاقة الزوجين وعلى إبداله بالتعاون المثمر الفعال . لكن المغامرة قد تؤول إلى الفشل إن لم يتدخل المعالج أو المعالجون . يرى ماسترز وجونسون أن من الأفضل العمل في فرق من المعالجين لأنهم يرون ، بحق ، أن اللاحة الضرورية في العلاج هي في إعطاء كل شريك قدر مساو من المسؤولية والفرصة العلاجية . ينصح المعالجان ، في سبيل هذا الغرض ، بتكوين فريق العلاج من الجنسين بحيث

يكون لكل شريك معالج من جنسه الخاص يتقمصه دون أن يشعر أنه مهدد أو مراود من قبل المعالج من الجنس المخالف . قد يغدو الموقف أكثر تعقيداً لكن الترتيب المشار إليه يبقى مفيداً . من النادر، برغم ذلك ، أن يتبع المعالجون في العيادات التي غزت البلاد طولاً وعرضاً الإجراء المقترح . إلا أن من الواجب الإشارة إلى أن حسناته ليست مطلقة وأن نفس الأهداف يمكن أن تتابع بمعالج ماهر من أي جنس .

لا تؤثر صيغة العلاج في نجاحه بل إنه قد يصمد أو ينهار تبعاً لقدرة المعالج على إقامة قدر من الثقة به ولاعتقاد خلقي بأنه يخول طموح الزوجين إلى حياة جنسية أفضل . يوفر تعلم أساليب جديدة للعلاج باعاً ضرورية له سواء لذاته أو كسبيل لقمع التخيلات العصابية التي تبقى حاضرة على الدوام ولو بصورة احتمالية . لا يمكن كبت التخيل المزعج دون سلطة المعالج . وعلى المعالج أن يحث كل شريك لأن يكون أنانياً وتمكينه من أداء أمور أعاق الكف أو السلطة تفجرها منذ وقت طويل ، وأن يدفع كل شريك للشعور بأن لذاته الخاصة إنما هي للخير الأكبر لكليهما . تنقلب التفاصيل الأسلوبية لعلاج الجنس ركاماً صفصفاً إن لم تؤكد تلك المبادىء وتفرض بفعالية ومهارة علاجيتين .

ترتفع حظوظ نجع علاج الجنس إلى أرفع قممها عندما تقوم الصعوبة الجنسية بجانب سلوكي واضح وذلك كالقذف الفج والتشنج النسوي وهو تقلص في عضلات خصوصية المرأة يحول دون نفاد قضيب الذكر فيها . وتشتد صعوبة علاج الجنس بتصاعد تأثير العوامل الذاتية. توحي الضغينة والانتقام والنزعة إلى تهديم الذات بالشك بدوافع الشريكين أو بقدرتيهما على العمل في الأنموذج السلوكي . فينصح في تلك الحالات بأشكال أخرى من العلاج .

يسهل على معالجي الجنس ، شأن علماء النفس عموماً ، فهم السلوك الجنسي للذكور أكثر من فهمهم لنظيره للنساء ، الأمر الذي يجعل معالجة الرجال أسهل من معالجة النساء بطريقة السلوكية الجنسية . تمت برغم ذلك

مساعدة عدد كبير من الناس من الجنسين بتجريد الجنس من الروحانية والتقديس في علاج الجنس . يعد علاج الجنس بصيغته السابقة ، وبعد اعتبار قصوراته واحداً من أكثر الطروحات المتميزة في التاريخ المعاصر للعلاج .

سبق أن أشير ضمناً إلى واحدة من تلك القصورات ، ومن المفيد في ختام هذه الفقرة من الفصل إيضاحها . حمل ماسترز وجونسون الجنس بتجريده من النزعة إلى التقديس إلى اطار العلم الموضوعي . لكنه كان عليهما ، أيضاً ، أن يقللا من الأهمية الموضعة في بُعْدِ التخيل ليصار إلى إبعاده والتخلص منه بهدف إنجاح الحيل العلاجية ذات القيمة الثمينة للنتائج العملية . ويكون ذلك منهجاً سلبياً . إلاّ أن على الأفراد الذين يدخلون علاج الجنس أن يدركوا سلفاً أنهم سيأنفون أن ينسوا وأن يتسامحوا . قد يكون في الأمر حكمة عملية إلا أنه قد يؤدي إلى خسارة كبيرة في فعل «المرأة» الذاتية أو قد يقضي على الإحساس الجنسي الرفيع الامتاع . أخيراً إن على المرء أن يدرك أن ما هو عملي بمعنى ما قد يكون آلياً بمعنى آخر . يستطيع العلاج الجنسي المفرط أن يؤدي إلى الشقاء بإبقاء فخاخ العلم على شهوة كانت مثار خلق حضارتنا ودمارها معاً .

العلاج الموجه

ربما كان علينا أن نسمي هذا « بالعلاج الحقيقي التوجيه » . إذ إنه يربط نتائج العلاج بالعلاقة بالمعالج . من المعقول ، إذن ، إقامة الأسلوب على التطبيق البسيط لسلطة المعالج على الأمراض العصابية . يعد هذا النمط أكثر ضروب العلاج بدائية بل وأقدمها . لا يعرف متى يفعل العلاج الحقيقي التوجيه المرتبط بمهارة المعالج فعله ، لكن الفرصة المواتية حادثة لا ريب كما حصل لطبيب متعب قرف من عمل لا ينتهي . كان ذلك مساء رأس السنة في غرفة الطوارىء في المستشفى عندما اندفعت امرأة هيسترياثية من باب الغرفة تمزق ثيابها وتصيح إنني عمياء لا أستطيع أن أرى . سحب الطبيب نفسه إلى أقصى قامته ودفع سبابته إلى عين المرأة وقال بصوت عميق متزن

واثق أنت لست عمياء أنت تستطيعين أن تري . فما كان من المرأة إلا أن صرخت بذهول : أستطيع أن أرى، أستطيع أن أرى واندفعت راجعة إلى الليل المظلم . إنه شفاء تام نقي في توجهيته .

يعتبر العلاج التوجيهي سلوكياً دوغما حاجة إلى افتراض بؤرة اضطراب سلوكي تسلم نفسها للملاحظة ، سواء في الدماغ أو في « العصب » أو في الجنسي الخاطىء . إذ يحقق مجرد الاعتماد على السلطة العلاجية الشيء نفسه. وكل توجيه، إنما هو بالفعل إلى شيء، والمعالج الذي يوجه يخلق دريئة هي المريض الذي يقف هناك متوقعاً متلهفاً لكلمة المعالج التي تناشده وتسحره . فيغدو المريض بذلك موجهاً ، لذاك الوقت على الأقل كما يغدو موضوعاً أو دريئة له .

يقوم علاج التوجيه على الإيحاء الذي به يقود المعالج وعي مريضه لقبول صيغة من الحقيقة حول ذاته [1] . فالإيحاء ، والتوجيه نفسه ، جزء أو مقوم أساسي من أي علاج . والأسئلة هي : ما حجمه ، وصوب أية غايات ، وبأية وسيلة ؟

يرادف التنيوم أو التنويم العلاجي عبارة مسمر الشهيرة بالعلاج النفسي الذي انطلق منه فرويد للعثور على التحليل النفسي. لقد طرح فرويد منظورة مسمر لكن علاج التنويم استمر ولم يعرف أية إشارة للموت . يتمثل العنصر الأساسي للتنويم في أنه يولد حالة جديدة للشعور بأسلوب الإيحاء التكراري وهذا نفسه هو ما فتح نافذة لفرويد على اللاشعور أما في التنويم العلاجي الحق فيمسك المعالج حالة الفرد الخاملة المتغيرة يمارس فيها إيحاء مضاداً نشيطاً تدفع المريض لعمل أشياء تتوقف باستيقاظه . يند الجانب الأكبر من حياة المريض على التنويم ويتحلق ما يستجيب له حول حوافي الكبت الخطر كما أوضح هوراس مان في فاريو والساحر[1].

يميل التنويم العلاجي للعمل في أشرطة ضيقة مما يفرض استخدامه إلى

(1) Gill, M. and M. Brenman, Hypnosis and Related States, N. Y., 1959. Gordon, J. E. (ed.), Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis, N. Y., 1967, Ellenberger, H., Op. Cit.

جانب أشكال علاج أخرى . ولا يعني هذا عجزاً عن استغلاله ليكون نفسه العلاج الأساسي .

يوجه المريض في التنويم لافتراض حال من العقل تنفي التميز الناضج وتشجع الاتكال الطفلي على المعالج . لا خطر يتهدد التنويم العلاجي بالموت أو الجمود لأن بعض الناس يفرحون أن يكونوا في حال تضيق فيها الحياة إلى مستوى سهل المداورة مع أهل تسلطيين شديدي التوجيه ، غير أن إمكاناته العلاجية محدودة بتوفر مثل أولئك « الموضوعات » وبنوع المشكلات المعالجة .

لقد برزت صيغ أخرى لعلاجات التوجيه واستخدمت نمطاً من العلاقة أكثر نضجاً . نذكر هنا العلاج الواقعي الذي عمد إلى تطبيق مجموعة من المعايير والأوامر للسلوك العصابي . وهو بهذا يشكل جزءاً من المشهد الإجتماعي ويعبر عن الكثير من الحقيقة المعاصرة . يعد علاج ويليام كلاسر المسمى بعلاج الواقع أحد الأمثلة [1] . يقوم العلاج في المبدأ القائل : إن العصاب يتلاشى إن سلك الفرد بصورة أكثر مسؤولية ، أي أن على الفرد أن يتوافق مع النظام القائم ويكون مواطناً جيداً وأن يتماسك مع ذاته . يتوقع أن يكون لمثل هذا المنهج بعض الأثر ، إذ يتمثل العصاب بخروج البواعث العميقة المعادية للمجتمع . لا تعمل الأوامر الخلقية بنفسها كمساعد للكبت فإنْ هي عملت ، لم يكن علينا أن نضع حلولاً جديدة رأس كل سنة . إلا أن دعم تلك الأوامر من جانب السلطة الملائمة يمكنها من تحقيق « حيلتها » ويوفر للفرد الأمن الذي يأتي من معرفته أنه في المجتمع وأصله كما هو أي ليس الشاة الغريبة بل المؤسس للمجتمع المسؤول عنه وعن استمراره . يظل علاج الواقع شعبياً في أيدي الكهنة ومؤسسات فرض القانون وغيرهم من ممثلي الواقع وستقفر عنه فروع كثيرة بتطور الواقع .

بدأ الأمر يحدث فعلاً في صيغة البرت أليس المعروفة بالعلاج العقلاني العاطفي [2] . يطرح أليس توجيهاته في إطار فلسفة عملية ضامناً لنفسه

(1) Glasser, W. Reality Therapy, Harper, 1965.

(2) Ellis, A., Reason and Emotion in Psychology, N. Y., 1962. The Civilized Couples, Guide to Extramarital Adventure, N. Y., 1972. Executive Leadership: A Rational Approach, N. Y. 1972. Sex Without Guilt, N. Y., 1973.

قاعدة من الدعم الإجتماعي من جانب الوحدات التقدمية في المجتمع . ترجع مدرسته إلى حركة الاحتمال الإنساني وفيها يشجع المريض على تحليل الافتراضات الشعورية لسلوكه مما قد يجعله أكثر تأكيداً ويساعده على تحقيق خطط إيجابية محسوسة للتمتع بالحياة والانطلاق فيها . يقتصر تشجيع المريض على عبارة ضعيفة جداً ذلك أن ألبس يعتمد أساليب المجابهة أو المصادمة لتحقيق أهدافه . قد لا يجذب البعض ذلك ، بل قد لا يكترثون به ، خلافاً للبعض الآخر الذي يشد ذاته إليه بقوة نشطة وحماس ملحوظ . ولقد أفلح العلاج متخطياً مواقف الناس فيه ولا حاجة للقول أنه يحرِّم الخبيء اللاشعوري سواء رجع إلى الماضي أو تضمن فعل التحويل .

تشيع فكرة أليس المركزية عبر كل عوالم العلاج دون أن يعمد أحد سواه إلى دفعها . تضيِّق الفكرة المشار إليها الثغرة بين العلاج والتربية إلى أدنى الحدود وتؤكد الجوانب الإدراكية الملائمة إلى المشكلة في علاج الأرجحة العاطفية المعندة وأكثر المشاكل في الحياة ، وذلك بإخضاعها للحوار الجدلي أولاً وبسحقها بالسلطة العلاجية ثانياً . يهدف أليس إلى اختراق المؤسسة التربوية بإطاره الخارجي ، فإنْ هو نجح ، كان ألفرد آدلر آخر .

العلاج السلوكي

يعجز العديد من أفانين علاجات التوجيه السلوكي عن إرضاء العقل العلمي ، لاعتمادها على القمع كما هو الأمر في العلاجات الحيوية «الخامية» شامانيتها كما هو الحال مع علاج الواقع أو العلاج العقلاني العاطفي . يتميز العلاج السلوكي على كل الصيغ المذكورة مكوناً الشيء الحقيقي والصيغة النقية الواعدة . إنه منهج سلوكي توجيهي نفسي اختارته مؤسسات الطب النفسي وعلم النفس لتجعل من نفسها عن طريقه البديل المنطقي للعلاج الزخمي الذي تقترحه مبادىء التحليل النفسي التي تمثل الصيغة الرئيسية للعلاج النفسي الممارس هذه الأيام .

برزت أكثر ضروب العلاج التي ناقشناها خارج المراكز الأكاديمية وتعارضت معها . ولم يكن عمل فرويد ، في مصدره على الأقل ، استثناء ،

إلا أنه ويرغم مراوحته حيث بدأ في البر الأوروبي ، غدا ، ضداً على توقعات فرويد نفسه ، المؤشر الرئيسي في المشهد الأمريكي المدرسي . تعرض التحليل النفسي للغش والاختلاط في عدد كبير من الحالات إلا أنه بقي في الولايات المتحدة وخلال الثلث الأوسط لهذا القرن ، بذرة ومؤشراً لكل المناهج الأخرى وموجهاً رئيسياً للتربية النفسية دون أن يمارس أثره بصورة مباشرة صنيع السيكولوجيا الزخمية .

نما علم النفس السلوكي التقليدي إلى جانب الطب النفسي الزخمي مستقلاً عنه ومميزاً نفسه بالانتباه إلى السلوك الملاحظ المروز المكمم الموضع (الكم والموضوعية) وذلك خلافاً للتحليل النفسي وللوجودية الصروحية التي أبقت محرقها مسلطاً على الواقع النفسي الذاتي. كان منطقياً، نتيجة ذلك ، أن ينطلق الدفع العلاجي من علم النفس السلوكي وليس من المذاهب المشار إليها . يرجع السبب أولاً ، إلى كون العلاجات الذاتية واضحة الغموض وعاجزة ، وثانياً ، لقدرة المداورة الدقيقة للعمليات المحيطية على إيضاح تأثيرها وتأكيدها حسياً في دريئة سلوكية محددة . أرخى علم النفس التجريبي كل ثقله لدعم العلاج السلوكي ، وساعدته في ذلك الطبيعة الأكاديمية التي تعمل في المجتمع المعاصر على ترجيح اتجاه السيطرة الدقيقة على الأحداث .

دفع الدعم الكبير المشار إليه النظام المريش إلى النمو بقفزات هائلة مما دعا رابطة علماء النفس الأمريكي إلى عده القوة الثانية الرئيسية في العلاج وصدرت الدوريات من كل حدب وصوب تتقفى أثر ثماره وممارساته الجديدة المتعة . سنعمد ، تجاه هذه الوفرة الضخمة المتيسرة ، إلى اختيار بعض المواضيع الرئيسية للنقاش تاركين للقارىء مهمة تقصي البحث المستفيض بنفسه إن شاء[1].

يبقى المعالج السلوكي أميناً لانتمائه لصنف العلاجات السلوكية التوجيهية فيحلل السلوك الظاهر إلى بعض الدرء العرضية ، كخوف معين مثلاً ، ثم يطبق مجموعة من التوجيهات تهدف إلى رأب الشرخ السلوكي .

(1) Lazarus, A. A. (ed.), Clinical Behavior Therapy. Butterworth, 1972.

بهذا يكون تخصيص الدريئة مفتاح الطريقة . ويبدأ السلوكي ، بتعارض تام مع التأكيد ومع العفوية التي تعم ضروب العلاج الأخرى بدءاً من التحليل النفسي التقليدي وانتهاء بالسلوكية الصدامية الأكثر زهاء ، بتضييق المشكلة مما يجعلها تحت السيطرة التامة . إنْ كان هذا لا ذاك ما يحتاج علاجاً ، أمكن إقامة أهداف واضحة تسلم نفسها للتجريب والقياس كما أمكنت إقامة منظومة عمليات محددة . ربما يكون العلاج قد بدأ بالإبعاد المسبق لهذا الكثير عبر موجة كاسحة من السلطة العلاجية ، وربما يكون البدء المذكور أكثر أهمية من سواه من وجهة نظر المريض .

قد يبدو أن التدقيق المنمق في موضوع العلاج يزيح عن قبضة العلاج السلوكي كل شيء خلاف الحالات المحسوسة من الأعراض العصابية . لا ، ليس الأمر كذلك ، فبالرغم من أن العلاج ينجح كثيراً في حالات التبول الليلي واللعثمة وبعض الرهابات أو حيث يغلب الصورة السريرية خلل حاد متميز فإن المؤمنين الحقيقيين بالعلاج السلوكي لا يستقرون على تلك الحالات ، بل يريدون الرغيف كاملاً . فليس هناك قدر من الاضطراب الإنساني يعجز المتحمسون السلوكيون عن غليه بنسب قؤودة ، لاعتقادهم بأن التحليل العلمي يغوص في أظلم الكهوف ويحمل عينات من أي شيء فيها . يؤكد هؤلاء أن « بالمبكوتات » رهاباً خبيئاً هو المشكلة الحقيقية وأن الأشكال الهامشية للمازوشية تمثل نقصاً في التأكيدية وأن الإدمان عادات مرفوضة والصعوبات مع العالم الإجتماعي نقائص سلوكية .

صحيح أن أغلب المعالجين السلوكيين أكثر تواضعاً وأقل طموحاً ويرفضون علانية ملاءمة علاجهم لمشاعر الاغتراب والضياع ونقص الهوية وللمفقر من العلاقات بالآخر ، أي للتيار الضخم من الاضطرابات العصابية الاجتماعية غير المتخصصة التي تتعب كاهل الإنسان المعاصر . إلا أنه من الصحيح أيضاً أن ليست هناك مشكلة غائمة تماماً وعاجزة عن توفير أية بلورة محسوسة لاضطراب مشخص يستطيع المعالج السلوكي العمل عليه . فإذا ما توفرت فرصة للعلاج كان بمقدور شخص ما أن يمسكها .

ما إن تحدد المشكلة حتى تبدأ المعالجة بعدد من الأساليب التي لن نناقش منها هنا سوى الأكثر بروزاً . تجب الإشارة ، ونحن نمر بتلك الأساليب ، أن المعالج السلوكي الكفؤ لا يطبق تلك الأساليب بصورة طقسية بل يحاول تعديلها لتلائم الموقف الخاص . فإنْ فشل أحد الإجراءات جرب المعالج آخر ، يوجهه في ذلك حسنة لا تنازع تتمثل بقدرته الجاهزة دوماً لفحص النتائج لأنه في الأصل لا يعالج من المشاكل سوى ما يقاس ويلاحظ خلافاً لكل العلاجات الأخرى التي تعشق الظلام والعمل فيه . يجب على المرء أن يسلم بأن لدى السلوكي الإيجابي شيئاً يحسد عليه حتى لو هو آمن بقيام العلاج الأفضل خارج شبكة « التكميم » .

يتألف الأسلوب من تطبيق التوجيه على قطعة سلوكية قؤودة وتصعيد البناء حتى تغدو المشكلة الدريئة في متناول سيطرة المعالج . يعد التراضي التصاعدي أو التساوم أبسط الأساليب المستخدمة التي تمارس التنفس والإيحاء بمشاهد مفرحة بغية توفير حال من الهدوء حول المريض وفيه . يعمل السلوكي هنا مع الفكر ومع الفعل . تلك هي الحال العامة ويخطىء متهمو العلاج السلوكي من أنه لا يستخدم الحالات الذاتية للعقل ، لأن « الحيلة » تقوم على بعض التقارير الموجهة إلى المبحوث أو منه بصدد ما يحدث . ويرحب معسكر العلاج السلوكي بالحالات الذهنية ، وذلك بقدر مـا تسلم نفسها للتوجيه والتقرير . وهذا خاصة رئيسية تجعل الذاتي عبداً ، قد يخفي ، شأن كل العبيد ، الكثير عن سيده ، إلا أنه يبقى عنصراً ضرورياً لبعض أنواع المنظومات الاجتماعية .

يلي أسلوب التجمد المنهجي في الأهمية نظيره السابق التراضي التصاعدي . أبدع جوزيف وولب الأسلوب المشار إليه لعلاج الرهاب ، ثم وسع استخدامه وصار بالإمكان تطبيقه كلما غدا القلق المكشوف جزءاً من الصورة السريرية [1] يقوم التجمد المنهجي في تحديد مواقف طبقية متدرجة في خطرها . بدءاً من شيء يستطيع المريض قيادته صعوداً لكل الدرب حتى

(1) Wolpe, J., The Practice of Behavior Therapy, Oxford, 1969.

بلوغ الغرض الدريئة. فيشرح للزوجين الخائنين في علاج الجنس، مثلاً، ألا يقوما بأي شيء مثير للشهـوة بل يتمـددان معاً خـلال الأسبوع الأول ، ويتعريان في الأسبوع الثاني ، ويتقبلان بالشفاه في الأسبوع الثالث ، ويداعبان الأثداء والخصوصيات في الرابع ، أخيراً ، وعندما يتحرق الإثنان بالشوق واللهفة لعمل الشيء الكبير، يستطيعان عمله في حافلة مزدحمة بالناس.

تتمثل أروع مهارات الأسلوب ، سواء طبق في علاج الجنس أو في علاج أي شيءٍ آخر ، في إقامة مهمات دون قدرة المريض . لا يفيد هذا في بناء الثقة وحسب بل يخلق مناخاً ملائماً لمجابهة الأوامر إذ سرعان ما يبدأ المريض يشعر أن باستطاعته أن يفعل أكثر مما يفرضه المعالج[1]. وإذ إن هناك مستوى يكون فيه كل ما هو مخيف أمراً مرغوباً ، يغدو المعالج في نقطة ما ، تأثيراً مقاوماً يمكن أن يُعطىٰ ويغدو المخيف أمراً يجر إلى الاقتراب .

ينبني تيار ثالث من العلاج السلوكي على الاشراط الإجرائي الذي أوجده سكنر ، وذلك بعد خلطه بقدر من البافلوفية . ثمة فرق جوهري بين هذين المنهجين المسيطرين من السلوكية . يُعطىٰ المثير في البافلوفية التقليدية التي تسيطر على الطب السوفيـاتي قبل السلوك ، أمـا الاشراط الإجـرائي السكنري فيتعامل مع المثير بتطبيقه (أو بتحليله) بعد حدوث السلوك يكافؤه أو يعاقبه ويعززه أو يمحوه . يبدأ سكنر بالسلوك الذي يصدره الفرد ثم يؤثر فيه ويضعه في سلسلة من التلاحقات (الاستجابة لقطعة من السلوك تحرر المثير التالي له وهكذا[2]) تجعله يلائم كل أنواع البرامـج الاجتماعيـة . يمكن ، مثلاً تكييف علاج الأزواج للأنموذج السلوكي المذكور[3]. فيُدفع كل شريك لأن يدرك أفعاله السيئة التي تعزز الاستجابة السلبية في الآخر ، وأن استجابة الآخر السلبية تعزز « تعزيزه » . تجب ملاحظة تماثل العلاجَ المذكور مع علاج الأسرة ، فهو يكتسب الكثير من قدرته على « مَسْمرة »

(1) Haley, J., Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M. D. N. Y., 1973.

(2) Skinner, B. F., Science and Human Behavior, Collier - Macmillan, 1953.

(3) Liberman, R. P., Behavioral Approaches to Family and Couples Therapy, In Sagar and Kaplan (eds.) Op. Cit., PP. 329 - 345.

المشكلة بشيء محدد وملاحظ ، وعلى تلافي الجانب الأظلم من المشاعر .

يطبق الاشراط الإجرائي على السلوكيات في أوضاع المؤسسات ، خاصة منها ما يعارض المعايير الاجتماعية [1] . يتبع العديد من مشافي الحكومة الأمريكية اليوم برامج التعديل السلوكي نذكر منها على سبيل المثال « إقتصاد القرص » . لاحظ السلوكيون أن الدراهم تمثل أقوى المعززات الإنسانية . ولا يختلف الجنس عن الدراهم في قدرته التعزيزية إلا من حيث تقطع استمراريته ، ولاحظوا أيضاً ، من الجانب السلبي ، أن التعذيب والتخويف من الموت مهزمين للذات ومرعبين خلافاً للدراهم فهي تشد الناس جيداً إلى الخط المقرر ودون أي أذى ، لذلك يقترحون تعزيز السلوك الصواب أو المرغوب بأقراص تستبدل بالسلع ، وتعزيز السلوك الخطأ أو المستهجن بإمساك تلك الأقراص . أفادت الأقراص في عودة الكثيرين من الفصاميين . ربما كان ذلك بسبب الانتباه الذي يحظون به في المؤسسة العلاجية عن طريق تلك الأقراص . وليس هناك شك في أن إعادة هؤلاء إلى المجتمع وإشراكهم في حركة طقوسه تقوي أو تعمق الأهمية الانتباهية المشار إليها وتؤكد فائدة أولئك البائسين وشقائهم .

يميل الفصاميون المزمنون إلى الهزال والضعف إنْ هم تركوا دون علاج في المشفى الحكومي ، لذلك فإن اقتصاد القرص يوفر لهم الفائدة الجلية بإعطائهم شيئاً يفعلونه . «أما الفرد المعادي للمجتمع أو الأزعر الذي يفعل الكثير من الأمور السيئة فتسوء حاله تماماً في ظل اقتصاد القرص» . يؤكد تقرير لرابطة اطباء النفس الأمريكيين استمرار الإدمان والاجتراء الجنسي وغيرها من أنماط السلوك المنافية لأن نتائجها الطبيعية تعزز الفرد [2] . يجب في الحالة الأخيرة إيقاف السلوك وهي مهمة تستدعي إبداعاً علاجياً في فن التنفير .

---

(1) Allyon, T. and N. H. Azrin, The Token Economy, N. Y., 1968.
(2) Birk, L. et. al., Behavior Therapy in Psychiatry, Task Force Report, No. 5, American Psychiatric Ass., Washington, 1973.

يؤمل أن تستغل تلك البرامج في سياقات يتقبلها المعرضون لها شأن الفرد الذي « انتفج » كلياً في استعراضيته أو تمـرد على السلطة والنظام . لكن على القارىء أن يعرّي معنا برامج التعديل السلوكي من بعض التعقيدات العميقة حتى عندما تطبق على أفراد يتقبلونها .

ليست مشكلة العلاج السلوكي في تأثيره أو فاعليته حتى لو ضاق مدى تطبيقها عما يدعيه المتحمسون للمنهج . إذ يشكل علاج من هذا النوع وسيلة إنسانية عندما تتوفر الأسس المنطقية لتطبيقه كما هو الأمر في حالات اللعثمة والتبول الليلي والذهان الاكتئابي الحاد . فحيث تكـون الأعراض معقـدة والطرائق النفسية الأخرى بطيئة الأثر يكون علاج الصدمة الاجوائي وَسيْلة لا بديل عنها .

ليس ثمة ما يدعو إلى الأخذ « بالبعبع » الذي يلوح به ضد العلاج السلوكي والذي يتمثل بالادعاء أن الأعراض « ستفرع » من جديد كالنبتة التي قطعت أوراقها وساقها ولم تمس جذورها . أكدت الملاحظات التجاربية قوة السلوكية ونفت أن يكون هناك أي سبب نظري يدفعنا لتوقع التفرع الجديد ما لم تكن للمرء وجهة نظر عقلية عن الكائنات البشرية في غاية البساطة . فليس العرض ، بعد كل حساب بذرة تنمو منفصلة في « أرض الشخصية » ، بل إنه جزء من كل الشخص . وليس الشخص على احتكاك بالمحيط الذي يستجيب لسلوكه ويؤثر فيه برد فعله . وأي عرض عصابي يتغذى من « نظامي » المحيط والنفس ، ولا يقفز ببساطة من الداخل . تجر الأعراض العصابية إلى بعض الخسارات الثانوية كالعـار والشعور بـالفشل وغيرها مما يضعف الشخص ويشدد في استمرارية الأرجحة العصابية لديه . تميل الأنماط العصابية نحو تجديد ذاتها بالتلقيم ، وبالعكس ، يحدث تغير حقيقي في مجمل توازن القوى ، إذا ما زالت الأعراض ولو على مستوى السلوك ، كما هو الأمر مع الطفل البوال . ليس هناك ، إذن ، سبب قبلي لافتراض عودة السم العصابي ولا لادعاء عدم رجوعه بالفعل خاصة وأن للناس حاجة شديدة لأن يعانوا .

لا تقوم الصعوبة الرئيسية في العلاج السلوكي في وجهة نظره التبسيطية للفعل العلاجي الذي يحد كثيراً من دور العقل في علاقة المريض بالمعالج مما يجعل كل شيء يبدو كأنه آلة أشبعت زيتاً ، وتعمى عن ممارسة أو حتى رؤية الحوار الجانبي الدقيق الذي يرْشح أثناء الفعل العلاجي ويعطيه أهميته ونجعه [1] . إنها لمشكلة لكنها ليست بخطورة مشكلة السطحية الخضوعية من جانب المريض للمعالج التسلطي .

لا يتمثل التعقيد الحقيقي في العلاج السلوكي ، إذن ، في علاجه الخاطىء ، بل إن خطأه يرجع إلى عدم إخضاعه للتوجيه والتحديد الدقيقين لنقطة بدئه وانتهائه ولسبل التعزيز وملاءمتها للسلوك المعزز . يعمل المعالج السلوكي مثلاً ، على تعزيز التداعي الحر وكف المقاومة ويعمل معالج الأسرة على تعزيز التواصل الأكثر انفتاحاً ، لكن العلاج السلوكي وحده « يمذهب » فعل التعزيز ويجعل السلوك معبوداً مما يحول الموضوع الإنساني « شيئاً » يدار ويتلاعب به خضوعاً لمعايير ترجع لنظام اجتماعي معين .

توازن كل مواقف العلاج بين البديلين لتوجيه الفرد لفعل ما يفرض عليه أو لتنمية قابليته الذاتية للاختيار . لا يستطيع أي معالج ، حتى الوجودي واللاقيمي ، تجنب قدر ما من الاملاء والفرض بصدد « ما هو الواقع » أو « كيف يجب أن يكون » ، ويفرض الانتباه البسيط لمختلف صيغ السلوك والاعراض عن أخرى لدى المريض قدراً من نظرة توجيهية على الموقف . لكن ، يقوم ، وفي المدى الواسع لضروب العلاج وبدءاً من التحليل وانتهاء بالعلاج الأسري بعض التوتر بين «فرض وجهة نظر للواقع » وبين « حرية » المريض لتطوير استجابته الخاصة . يعد الاعتراف بالبعد الذاتي كشيء متميز تماماً عن نظيره الموضوعي ، الأرضية الضرورية لأية حرية . وصحيح أن المحاور غير المنظورة لرغبة اللاشعور ووعيه تشغل بعض ذاك البعد وتطلق العصاب والكثير من المعاناة التي لا حاجة إليها ، وأن بعض

---

(1) Birk, L. and A.W. Brinkly, Birk, Psychoanalysis and Behavior Therapy, Amer. J. Psychiat., 131, 1974, 499 - 511.

مأساتنا يرجع إلى عجزنا عن السيطرة عليها ، إلا أننا دون المحور الذاتي نقع ضحايا للمحيط عاجزين عن مقاومة أضعف الضغوط . لهذا يجب الحذر من أي علاج يرغب إقامه صرحه على دمار الذاتية أو يسعى إلى تخفيضها إلى مستوى العبد .

لن نحمل هذا بعيداً للوم العلاج السلوكي بسبب تجريده للفرد من إنسانيته . فإنْ كان اقتصاد القرص يجرد المرء من إنسانيته فبسبب الموقف الإجتماعي لمريض المشفى الحكومي ، الذي لم يكن لديه إلا القليل من الإنسانية وذلك لقرون قبل بزوغ فجر العلاج السلوكي . والواقع أن المعالج السلوكي مصلح مخلص لا يجوز تخطيه بهدف القفز في مجالات جزعت كل ضروب العلاج الأخرى عن اقترابها . إلا أن سكنر ورفاقه أكثر من مجانين بسبب الفراغية في محيطاتهم المخططة سلفاً[1] . ولقد اساءوا بإعارة الاعتبار العلمي لهندسة اجتماعية من النوع المؤذي ، وهدموا أسس كل من العلم والمجتمع .

يوصىٰ بالعلاج السلوكي لفرد لـديه استعـداد لتسليم ذاته بخمـول واتكالية للمداورة ولتقليل حيز التخيل والعفوية والتصور . تجب الإضافة إلى أنه هذا هو الإزدراء الذي يتراكب مع التسلطية السياسية . يجب ، إذن ، فرض الحدود على السلوكية للحد من مثل ذاك التيار الفاشي لانعدام ضمان تفشيه اثناء العلاج .

إن شكـــل علم النفس الممر الـوحيـد إلى العلم ، استحق العلم ضربات الحجارة يرميه بها الثائرون لاصلاح المجتمع . لا يختلف التعرف على الطب النفسي السلوكي عن جرجرة أثاث ثقيل على أرض خشنة ، لأن أكثره نحت لمفاهيم سمجة . لقد حصر السلوكيون ظواهر إنسانية هامة ضمن ما هو واضح وجعلوا علمهم محاولة لتنميق الواضح . تمعن تقرير لجنة رابطة

(1) Skinner, B. F., Beyond Freedom and Dignity, Penguin ,1973.
Chomsky, N., Psychology and Ideology: For Reasons of State, Fontana, 1973.

علماء النفس الأمريكيين : « تقوم إحدى السبل للتخلص من السلوك المستهجن في معاقبته في نفس الوقت الذي يعزز فيه السلوك المرغوب » .

يزيد الأمر كثيراً عن أن يكون مثالاً بسيطاً على التضخم الذهني . يدعو هذا الطرح إلى القوة فهو استعراض عضلات التكنوقراطيين تدفعهم اليه تسلطيتهم. وإننا نتساءل بجدية ما يعزز المعززين، وماذا بصدد عقاب المعاقبين؟ وهل يجرى العلم لخدمة إجابات رفيعة ؟ إن للعلم الكثير ليفعله خلافاً للعرائسية السلوكية . العلم تطبيق للعقل الخلاق ولقواعد الدليل على الظواهر التي لها، بالطبع، جوانبها الموضوعية، لكن تلك الجوانب لا تطفو منفصلة عن الرجل الذي يقوم بفعل الملاحظة . وهنا لا يمكن التغاضي وعد كل ظاهرة غير خاملة « هناك » ، بل يجب أن تنتقى وتلاحظ بنشاط فعّال . الواقع أن فعل الانتقاء سياسي بكليته ، ونحن لا نعتبر سوى « ما نبالي به » جديراً بالبحث العلمي ، وإنّ أي علم نفس يحصل على الذهنية التي يسعى إليها أو يستحقها ويُنتج النظام الإجتماعي الذي يعتقد بضرورته .

هل هناك شروط خاصة تفضل معالجة المرء سلوكياً؟ من الأفضل صياغة السؤال بحيث يلم بالشروط التي في ظلها يجب تقليل الجانب الذاتي ، لأن ذلك هو الشرط الضروري لكل صيغ العلاج السلوكي . لا يمكن أن يصمم الجواب بحيث يتخطى المبدأ الذي يؤكد النصح بالعلاج السلوكي عندما تستدعي اهتمامات الفرد ذلك .

يحدث ذلك في نمطين من المواقف ، الأول ، عندما يثمن الفرد وجهة النظر المذكورة بصدد ذاته أي عندما يختار أن يعتقد بعدم أهمية العالم الذاتي . يمكن تسمية النمط الثاني « بالتخفيض السلوكي » ويشمل حالات تملي فيها الإعتبارات العملية تنحية الذاتي جانباً . يحدث أبسط الأمثلة عندما يغدو المرء قلقاً يعجز عن النوم توقعاً لمجابهة مسألة حاسمة في اليوم الثاني. هنا، يكون التأمل في الأسباب الأعمق للقلق استجابة أقل ذكاء من تناول كأس من الحليب الدافىء ومحاولة النسيان . ويبرز المثال الأكثر تعقيداً للحاجة إلى

التخفيض السلوكي ، عندما يكون الغرض محسوساً محدوداً ومعقداً من مثل جهامة قسرية أو عادة غير مرغوبة كالتدخين ، أو عندما يكون الغرض شيئاً يجب أن يُتعلَّم كفن الجنس . لدينا ، أخيراً الإضطرابات العاطفية الحادة حيث تسيطر على الفرد حالة عضوية موضوعية كالاكتئاب الذهاني . في تلك الحالة يعجز المنهج الذاتي ، برغم أهميته ، بلوغ الجذور العضوية للمشكلة مما يبرر الحاجة إلى علاج عضوي سلوكي .

يوفر التخفيض السلوكي في كل الحالات السابقة ، إنْ أمكن احتماله طبعاً ، هجوماً مركزاً على المشكلة قد يدفعها جانباً . وقد تعمل المكاسب الوظيفية المرتبطة به على المحافظة على التغيير الحادث .

أيمكن للمرء أن يعرف أن بإمكانه احتمال تخفيض المشكلة إلى الحيز السلوكي ؟ إنه يعجز عن ذلك بسبب طبيعته ذاتها . يتضمن التخفيض السلوكي تبصراً مقصوداً للذات . ولا تسلِّم أيٌّ من المشكلات الملاحَظة من قِبْلُ نفسها دون الإشارة إلى مجمل حياة الفرد ، الذي يكون إدخال التخيل الذاتي فيه ضرورياً لفهمه . لكن ، إن تحددت المشكلة وصمم المرء جيداً أمكنه المحافظة على بعض التركيز السلوكي . وقد قرر عدد لا يحصى من الناس من محللين وسلوكيين الإقلاع فعلاً عن التدخين دونما حاجة إلى فن خاص .

تكثر الحالات التي تسلم نفسها لاختبار التخفيض السلوكي . تعد بعض أنواع الإدمان أحد أتعس المواقف التي يجد المرء نفسه فيها يأخذ مهدئاً تجنباً للمشاكل الأعمق بهدف السيطرة على مهمة معينة ربما لأن الطبيب لا يملك المهارة أو الوقت لمداورة المشكلة النفسية . لكن مثل ذاك الفرد سرعان ما يجد أن العقار قد أخمد بعض الآلام العاطفية لديه ، فيعمد إلى جرع المزيد ، ويرجع الألم ، ويعاود الفرد جرع العقار ، وينقلب مدمناً . ينجح هذا الفرد فقط في إضافة مشكلة جديدة لمشكلته القديمة دافعاً بالصناعة الصيدلانية لتطوير لذتها الواحدة بعد الألف . ثمة أمر واحد مؤكد حول تلك الصناعة هو أن حجم التوتر العصبي الذي تدعي شفاءه لم يضعف ذرة واحدة .

هناك نوع آخر من التعقيد يتمثل في الاستغلال العاطفي للفرد الذي يحاول إقناع نفسه أن ما يعانيه ليس سوى « عصب » أو « عادة سيئة » أو شيء من هذا . إن لهؤلاء أسراراً يخفونها وهم مهيأون لتسليم أنفسهم لمداورة المعالج السلوكي الذي أعطي الرخصة لأن يفعل أو يقترح أي شيء لمريض تحصن وصمم ألا « يفتح » عقله وألا يرى أو يترك أحداً يرى ما يجري داخله . إلا أن ثمة عدداً من الاحتياطات التي تكبح مصاعب التخفيض السلوكي يتمثل الضمان الحق في عقل نقي ومعرفة واضحة تامة بطبيعية حدود الإجراء المتخذ . أي أنّ على المريض والمعالج أن يتفاهما بصدد حدود العلاج وطبيعته . تفيد هنا بعض المعرفة بشهرة المعالج . وعلى المرء أيضاً ألا ينسى المعالجين الذين يلجأون إلى الأوامر الخلقية لإخماد جذوة العصاب . إنه تقليد قمعي وروحاني غالباً ما تحجب طبيعته عن عمد برطانة علمية مزيفة تشير إلى هوس خبيء في المعالج سرعان ما ينكشف .

٢٥

العلاج باللعب[1]

يستطيع المرشد النفسي في المدرسة أن يلعب دوراً علاجياً هاماً، لكن حداثة مهنته تعرضه لمعركة عنيفة من جانب الإداريين والمعلمين وسائر المعنيين بمساعدة أولاد المدارس على التكيف الناجح. يُقصر بعض ذوي الرأي دور المرشد النفسي على روز وتقويم بعض القدرات العقلية العامة والخاصة. ويوسع، آخرون الدور المذكور لمعالجة أنماط الاضطرابات السلوكية البسيطة. وتتمسك فئة ثالثة بإناطة المرشد النفسي بكل عمليات الروز والتقويم لكل القابليات المدرسية وبعلاج كل درجات الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الصغار في سن المدرسة. لا يختلف المرشد النفسي بحسب المنظور الأخير لدوره عن طبيب القرية الذي، بسبب إلفته الطويلة، وعدم توفر المختصين الصحيين في الريف، يعالج كل الأمراض التي يواجهها بدءاً بالقروح الجلدية والحكة وانتهاء بتوليد الحوامل والعمليات الجراحية البسيطة. وإنني، شخصياً، أرى أنّ ترك كل شيء للمرشد النفسي وفق نظرية «اشف كل شيء» أمر معقول، ممكن، ومجد. ويُرَدُّ النقد للمرشد النفسي «الفرد» من أنه تعوزه الخبرة التي تمكنه من الاطلاع بمهام الروز والتقويم والعلاج، بإقامة برنامج تدريب مكثف عميق وعريض لتأهيل الموجهين النفسيين. إضافة لذلك، وبالرغم من أن إتجاه المجتمعات الصناعية المعاصرة يميل إلى التخصص الدقيق، فإن العودة إلى منهج «اشف كل شيء بنفسك» يعمل على تلافي

(١) بحث قام به المؤلف كمشروع متمم لتخصصه.

تمزيق المريض بين عدد من المختصين الذي يفقد العلاج المعنىٰ والتكامل مما يعمق المشكلة ويعقدها بدل أن يحلها كما هو الأمر عندما يترك المريض ليدي معالج فرد. فالعلاج الفردي، وبالرغم من معاناته من خطر نقص مهارات مختلف الاختصاصيين، يشكل صورة متكاملة للمريض تجعل المعالج قادراً على توجيه جهوده في مناحي مختلفة من جوانب شخصية التلميذ المريض بأقدار متباينة وبتناسق فريد يحول دون أن يطغىٰ جانب علاجي على آخر أو أنْ يهمل جانب علاجي لصالح بقية الجوانب. يفرض هذا التفكير، بالضرورة، على المرشد النفسي أن يلعب دور المعالج إلى جانب ممارسته لفعلي الروز والتقويم.

لا يقتصر النزاع على عدد القائمين بالعلاج بل يمتد إلى عدد المشاركين فيه، فيدعو بعض المعالجين إلى أخذ الأولاد فرداً بعد آخر، وتنادي فئة ثانية من المعالجين بجمع عدد من الناس في جلسة علاجية واحدة. يمكن، هنا، حل النزاع على أساس تجاربي. ولقد أجريت دراسات عديدة قارنت العلاج الفردي بالفئوي دون أن تتوصل إلى نتائج مقنعة في أي إتجاه. لعل ذلك يرجع إلى العجز عن عزل مختلف المتغيرات المؤثرة في فعل العلاج وإلى نقص الضبط التجريبي ونقص أدوات قياس الحال قبل العلاج وبعده، وغير ذلك من المصاعب والقصورات.

أقيمت الدراسة الراهنة لاختبار نمط خاص من العلاج الفئوي والتحقق من جدواه، ذلك هو العلاج باللعب. لسنا ندّعي أنّ عملنا قد تلافى كل ضروب النقص والمصاعب المشار إليها، إذ لم نعْمد إلى مقارنة نمط علاجنا بأنماط علاج أخرى ولا إلى دراسة النتائج بالطريقة الإحصائية. لقد اقتصر عملنا الراهن على تقديرٍ وصفي تحليلي لأثر العلاج باللعب الفئوي، وذلك في محاولة مبدئية لتلمس الإمكانات المذهلة لهذا النوع من العلاج.

ثم الاتفاق مع معلم الصف الثالث الابتدائي في إحدى مدارس مدينة نيويورك فسحب ولدان عدوانيان وآخران انسحابيان عمر الواحد ثماني سنوات تقريباً. الحق الأولاد بحلقات تستغرق الواحدة ساعة لمرة في الأسبوع

ولفترة توقف عندما يقتنع المعالج بتحرر الأولاد من مشاكلهم. عقدت الحلقات في غرفة المرشد النفسي في المدرسة بعد أن تم تقويم مشكلات الصغار خلال مقابلات فردية حللت فيها رسوم الصغار في إطار سيرهم. أعطي المعلم استجوابين واحداً في بداية العلاج والآخر بعد أسبوعين من انتهائه. أما المحلل فقد اكتفى بالنسبة للتقويم البعْدي بتحليل حلقة البحث التي سجلت على أداة مخفية عن أعين الصغار.

يشمل البحث الراهن ثلاثة أقسام. يتضمن القسم الأول النظرية التي تحدد سير الحلقات، والإجراءات، والأدوات ونوعها وكيفية استخدامها. وخصص القسم الثاني لوصف بعض الحلقات وما جرى فيها من عمل وحوار. وترك القسم الأخير للنتائج النهائية والاستنتاجات. استخدمت في كتابة البحث بعض الرموز لاختصار الكلمات التي تتكرر كثيراً كالآتي: غ، غريغوري، ل، لاري، ج، جيمس، ر، رضوان، م، المعالج.

نظرية في علاج الشخصية

تعتبر الذات منظومة «تعي» أو تدرك، والأنا منظومة «تفعل» أو تسلك. يمكن في هذا الإطار عد الذات صيغة معقدة منظمة للإدراكات التي تخترق حجاب الوعي وتشمل إدراك الفرد لميزاته وقدراته، ومفاهيمه عن ذاته في علاقتها بالآخرين، وبالمحيط، والقيم التي تربطها بالتجارب والأشياء، والأهداف والأفكار ذات الشحنات الموجبة والسالبة. تعمل منظومة الذات، كما يقول، ريمي[1]، على تنظيم السلوك، وتكون مسؤولة عن ثبات الشخصية واستمراريتها. لا تنكر نظريتنا هذه أهمية الدوافع اللاشعورية والكبت والنكران التي يفترض أن تنزل بالسلوك فتؤثر فيه أو تحدده بالرغم من عجز الذات عن التعرف عليها وادخالها في دائرة الوعي عبر اللغة. إن لا شعورية تلك المفاهيم أو عدم انتظامها في أطر اللغة لا يشكل عائقاً يحول بينها وبين ممارستها لآثارها في السلوك كمبادىء توجه قوة الأنا وتحددها شدة وضعفاً[2].

(1) Raimy, V. G., Self Reference in Counseling Interview, J. Cousult Psychol., 12, 153 - 163, 1948.

(2) Roger, C. R., Client - Centered Therapy, Houghton, 1951.

لقد بأور ميد تلك البنية في وظيفتين أو هويتين متفاعلتين: الأنا والضمير «ي»، الذي يأخذ صيغ لي، مني، بي، أو يرتبط بفعل مثل أعطني خذني. تشكل إتجاهات الآخرين من الفرد منظومة الضمير «ي» المنظمة ويرد الفرد على تلك الإتجاهات كأنا منظمة أيضاً. تدعو الأنا الـ «ي» وتستجيب لها في نفس الوقت، ويشكل توحد البنيتين الشخصية كما تتجلى في التجربة الإجتماعية.

يؤكد ميد[1] قيام مرحلتين عامتين في سياق النمو الكامل للشخصية. تتكون ذات الفرد، أولا، وبانتظام من إتجاهات الآخرين منه ومن بعضهم في أفعال اجتماعية محددة يساهم الفرد معهم فيها. وفي المرحلة الثانية ينضاف انتظام من الإتجاهات الاجتماعية «للآخر المعمم» أو للفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد. وعلى الفرد في المرحلة الأولى أن يكون مستعداً للرد في إطار شروطه الخاصة، تماماً كأي فرد آخر في الفئة، مما يؤشر مرحلة مبطنة ثالثة في نمو الذات.

تقوم نظرية سليفان[2] هي الأخرى على اعتبار أن الذات تنمو في سياق التفاعل مع الآخرين الدالين أي مع الأشخاص الذين يعززون سلوك الفرد إيجاباً وسلباً.

تؤكد هورناي[3] في دراستها لمشاكل العصابيين أن اضطرابهم ينشأ من علاقاتهم التفاعلية مع الآخرين. تصنف الباحثة المرض في ثلاث فئات طبقاً لغلبة نوع من سمات الاستجابات التفاعلية أي لوجهة حركة الفرد. فهناك الحركة نحو الناس، والحركة ضد الناس، والحركة بعيداً عن الناس، أي التقرب والعدوان والهرب.

لقد أكدت نتائج الدراسات النفسية في الحقبتين الأخيرتين أن حياة الفئة تشمل قوى دافعة رئيسية تعمل على التغير والنمو. وإن المحاولات للتأثير

(1) Mead, H. G., Mind, Self and Society, Univ. Chicago Press, 1950.
(2) Sullivan, H. S., Conception of Modern Psychiatry, Norton, 1953.
(3) Horney, K., Our Inner, Conflicts, Norton, 1945.

على الناس باستخدام مثل تلك القوى قديمة قدم التاريخ نفسه إلا أن الاستقلال المنهجي المخطط لعلم نفس الفئة لتحسين العلاقات الإنسانية أو لأغراض العلاج حديثة جداً (شريف، وشريف، وآش، وكنتريل، وآخرون).

استغلت نظريات ميد وسيلفان وهورناي وغيرهم من نظريي التفاعل الاجتماعي إلى جانب العديد من النتائج التجاربية لتصميم منهج يوجه العلاج باللعب الفئوي. تعد النقط الثمانية التالية الأساس الذي أقيمت عليه الدراسة الراهنة.

١ ـ السلوك حالة معقدة تفسرها أكثر من نظرية. يجب في هذا الإطار تنسيق السلوكية التي تحل كل الحوادث النفسية إلى مركب من المثير والاستجابة مع الفرويدية بمفهومها الغريزي حول السلوك والتحولات النازلة بغريزة الحياة من كبت وقمع وتصعيد واحلال، مع غرضية آدلر، مع الفرويدية الجديدة، ومع نزعة زخمية الجماعة. يتم التنسيق المذكور بتراكبات متباينة وفق نسب خاصة في كل حالة وذلك تبعاً للمطالب الخاصة التي تفرضها حال بعينها[1].

٢ ـ الذات نتيجة لحادثة التفاعل التبادلي. يسمي سليفان نظريته بالتقويم المنعكس أو المرتد. طبقاً لتلك النظرية تبرز الصراعات، والقصورات وضروب الكبت، والآليات الدفاعية في المواقف الاجتماعية، بروز السلوك الطبيعي.

٣ ـ التفاعل التبادلي ظاهرة مستمرة تبدأ مع صرخة الولادة وتستمرعندما يُجابه الآخرون الدالون الرضيع وتبقى تماشي الحياة. إنّ أيّ تغيير لعلاقة الناشىء بالآخرين الدالين، يجر إلى تغير مقابل في الذات المدركة والأنا الفعالة.

٤ ـ يتعمم الآخرون الدالون من الأهل إلى كل من يحتك بالناشىء عبر

---

(١) راجع مرتكزات اولئك الباحثين في مراجعهم السابقة من الكتب.

ظواهر التحول والتقمص والإحلال (هافيكهارست)[1]. وهكذا يحل المعالج ذكر أو أنثى محل القرين أو الوالد أو الرئيس ويغدو نفسه «آخر دالا».

٥ ـ يستحق الانفعال والتفكير الانتباه في عملية النمو باعتبارهما عاملاً حاسماً فيها. فالانفعال ليس غير عقلاني بل إنه يعبر عن منطقنا الخاص وما نعتقده فعلاً أو نفكر به. والتعارض بين الانفعال والتفكير ظاهري لا جوهري، فهما «أدوات» نتناوب استخدامها وفق ما نراه ملائماً لغرضنا. وإذا ما بدا الانفعال معارضاً للتفكير، كان التعارض الظاهر مجرد «ترخيص» من جانب الانفعال يفيد في توضيح الأفعال. والتعارض الواعي لدوافع انفعالاتنا «تظاهر» مزيف وإنه أمر عصى على الفهم يقول أليس:

«يقوم العلاج العقلاني على افتراض أن الانفعال والفكر ليسا حادثتين مختلفتين كليا، بل إنهما تتداخلان بشكل ملحوظ في عدد من المجالات. لذلك، غالباً ما تعمل الانفعالات المضطربة، إن لم يكن دوماً، على دفع الفرد إلى تغيير فكره... فالتفكير والانفعال يتداخلان كثيراً ولا يختلفان أحياناً إلا في أن التفكير أكثر هدوءاً، وأقل إثارة للظواهر العضوية، وإلا في أنه نمط أبطأ توجهاً من الانفعال[2]».

لذلك، فإن على المعالج ألاّ يني ينزع الأقنعة عن التفكير اللامنطقي لمريضه وعن العبارات التي تجر الهزيمة للذات، وذلك بأن يعلم مريضه كيف يفكر من جديد، وكيف يعيد صياغة العبارة بطريقة أكثر منطقية من قبل، وكيف يتفاعل ويحدد تحديد تفاعله مع الآخرين.

٦ ـ لكل فعل بشري بصرف النظر عن صيغته «زلة لسان أو ظاهرة عصابية عميقة الجذور» غرض. يبدو أن من الصعب فهم أي فعل إنساني بمعزل عن الأغراض المدركة فيه. إن لكل فعل غرضاً سواءً كان الفعل مستحسناً أم مستهجناً، بنّاء أو هدّاما، مفيداً أو ضاراً.

---

(1) Havighurst, R. J. et. al., The Development of the Ideal Self in Children and Adolescent, J. Ed. Res; 40, 241 - 257, 1959.

(2) Ellis, A., Rational Psychotherapy, J. Gen. Psychol., 59, P. 36, 1958.

٧ - يجر افتراض غرضية السلوك إلى افتراض وحدة الشخصية. فالفرد لا يُقسّم، إنه كل مجمل. تدرك مجملية الشخصية أو كليتها أو وحدتها ليس بصورة نظرية وحسب بل وبصورة عملية أيضاً، سواء في مجال العلاج النفسي أو التربية أو أي مسعى آخر. إنها حركة الفرد وأهدافه ما يؤشر وحدة الشخصية أو كليتها أو مجمليتها ويمكن من التعرف عليها. يرصد إتجاه الفرد كل ماضيه، وكل قصوراته، وكل قدراته وإمكاناته وضروب عجزه، في نفس الوقت الذي يرصد فيه ادراكه للمستقبل.

٨ - تنعكس أهداف الفرد، وتراكبات ذاته، ومشاعره، والصعوبات التي يواجهها، ودوافعه، ومفاهيمه بصدد ذاته وبصدد الآخرين في سلوكه، سواء وعىٰ الفرد عملية الانعكاس أم لم يعها. الأمر الذي يحتم على المعالج أن يجيد الإصغاء ويشحذ الاستشعار، ويتقن التلمس، ويصيب فعل العكس أو الرد دون أن يدفع المريض إلى الهرب أو المقاومة.

علاج جماعي

ما هي حسنات طريقة العلاج الجمعي، إنْ وجدت، على طريقة العلاج الفردي التي تقصر الجلسة على المعالج والمريض؟ تجب الإشارة منذ البدء إلى أن طريقة العلاج الجمعي لا تستثنى، بأية حال، اللقاءات الفردية. والواقع أن طريقة العلاج الجمعي، خاصة الذي ندعو إليه ومارسناه هنا، يبدأ بلقاءات فردية. لقد كنا، عند الضرورة، نجدد اللقاءات الفردية. عملت اللقاءات الفردية في الحلقة الأولى على ما يسميه المعالجون «اذابة الجليد» بين المعالج والأولاد، كما استخدمت نقاط انطلاق لتوجيه بعض الأولاد بالنسبة لأنواعٍ محددة من الصعوبات مثل الانسحابية والقوقعية (لدى غريغوري).

جو من التسامح. يتوقع في العلاج الجمعي أن يعاين الفرد اضطرابه كجزء مكون لظاهرة اجتماعية في موقف اجتماعي يشكل فيه معالجه جزءاً متمماً وأساسياً. ويستطيع المريض في وقت لاحق الانتقال إلى اجتماعات فئوية أوسع من الثنائية حيث يميل لأن يدرك شمولية صعوبته مما يسهل عليه

احتمالها ويساعده على تحطيم جدر المقاومة المنصوبة حولها. تقوم دلالة الحلقات الجماعية في كون المريض ومنذ البدء ملاحظ وملاحظ، أي تلميذ مسؤول لمشاكلنا الإنسانية[1].

تحييد السلوك. يعد «التحول» الهدف الأساسي الذي يتجه إليه التحليل الشخصي لسلوك المريض. لذلك وجب إحداث التحول والحفاظ على استمراره بأي ثمن. إن الإجراء الجمعي يشجع، ومنذ البداية، ضرباً من اتكالية المريض وتحول سلوكه إلى الأعضاء المشاركين. وفي ظل الارتباطات الفئوية المتنوعة والموجهة يغدو التحول الفردي حيادياً بسبب المساهمة الاجتماعية لعدد من الأفراد «المتباينين» في تحليل السلوك المشترك.

الآخرون العاكسون. يجد كل فرد في العلاج الجمعي، الفرصة ليرى، وبدرجة ما من عدم الاهتمام، العناصر المقومة لصعوباته، وذلك عندما ترتد إليه أو تتبدى له في صعوبات الآخرين المشاركين معه. ففي التحليل الجمعي للسلوك، يتكرر ظهور صعوبات الآخر المماثلة لصعوبات المدرك الخاصة. لهذا الجانب من العلاج الجمعي دلالته الكبرى في تحطيم مقاومة الفرد الدفاعية. لأنه، وكما يروي فرويد[2]، لا تقوم مهمة التحليل النفسي، على الاطلاق، في اكتشاف العقد بل في حل المقاومات. فالمقاومة تتهاوى منحدرة إلى الصفر عندما تعم الكارثة وتتشابه.

الصعوبات. يعمل الجو الفئوي المتقبل السمح الذي يخططه المعالج ويرعاه، مع الإثارة الناجمة عن التفاعل الفئوي، على تحطيم الصعوبات والمقاومات مما يسهل التوليد الشعوري واللاشعوري لميول الإثم، والقلق والتوتر، فتعبر بعض المصاعب عن ذاتها مباشرة في الفئة، ويجد بعضها الآخر مخارج تصعيدية مقبولة. وتجر استمرارية الموقف مع الإحساس بالإنتماء والوقاية إلى تقوية مفهوم المريض عن ذاته. ويحرر الإدراك في أنّ للآخرين ذات المشاكل، أو في أنهم على نفس «القارب المنقلب» الفرد من مشاعره

(1) Burrow, T., The Method of Analysis, Psychoanal Rev., Vol. 14, No. 3, 268, 1927.
(2) Freud, S., The Ego and The Mechanisms of Defense, Hogarth, 1950.

المؤلمة المتمثلة بالعزلة والقصور. وتقدم الواقعية التي يتضمنها تفاعل عدد من الناس، كلٌ بحاجاته الخاصة وأنماط سلوكه المميزة للفرد، العديد من الفرص لتجربة إتجاهاته الخاصة وفعالياته هي كجزء من تجربة الفئة، مما يزيد من وعي الفرد لفعاليته في نفس الوقت الذي ينمي فيه تفسير المعالج والأعضاء المشاركين لتلك الفعـالية تبصـره في دوافعه الـلاشعوريـة.

المدى الكلي. استخدمت عبارة العلاج الجمعي من قبل البعض بصورة تجعلها تشمل مدى واسعاً من الأساليب العلاجية. فثمة من يطوي تحتها كل عمل فئوي يتصف بأنه داعم، صحي، أو موجه. ورأى فيها آخرون علاجاً للفئة أو طريقة لتغيير طبع الفئة كوحدة، أو لتعديل الأهداف المستهجنة والأنماط السلوكيـة المؤسساتية.

اعتبر العلاج الجمعي في تجربتنا هذه في إطار أضيق من الأطر المشار إليها. فهو وسيلة أو فعالية نفسية يستغل فيها المعالج التفاعل الانفعالي، واطلاق المشاكل الانفعالية المتولدة في فئات صغيـرة معدة سلفاً لإصلاح انحرافات الشخصية في أفراد اختيروا بمنتهى العناية لغرض الإصلاح والتغيير والتعديل السلوكية.

المسلمات

يتوقع للعلاج باللعب الجمعي أن يحدث تغيراً في التـوازن النفسي الداخلي لكل من المشاركين فيه، حيث تقيم العلائق التبادلية، والتفريغ، والتبصر، واختبار الواقع، والتصعيد توازناً جديداً في بنية الشخصية في نفس الوقت الذي تتقوى فيه الأنا وتتعدل الأنا الأعلى وتتحسن صورة الذات.

يشكل العلاج الجمعي نظرية منهجية ذات مبادىء وحوادث جزئيـة تسلم نفسها للاختبار العلمي.

على هذين الافتراضين قامت طريقتنا في العلاج الجمعي باللعب وهي تهدف في حال تحقق الغرضين من دعمهما وزيادة الثقة بهما.

الإجراءات والفعاليات

ألزم المعالج نفسه في العمل الراهن، باختبار جدوى العلاج الجمعي وهو إلزام أثاره فيه اهتمامه بمساعدة الناس على فهم صعوباتهم والتغلب عليها بحلها عبر ظاهرة من النمو الذاتي المثار فيهم إلى جانب اهتمامه بالصغار وحبه لهم. إلتزام واهتمام ونظرية، ثالوث متداخل متشابك ساعد المعالج على الانخراط في جلسات العلاج والاستمرار في متابعتها بمزيد من اللهفة والحب والاستغراق. ربما ساهم شغف الباحث في كشف الإمكانات الضخمة للأدوات والأساليب الجديدة في علاج الناس، ويقظته الحذرة للظاهرة العلاجية ولردود فعل الأولاد فيها وميله المتعاظم لرؤية الأشياء عبر عيون الصغار والتقبل الأصيل المتمثل بردود فعلهم له، في تشديد استغراق الباحث في حلقات العلاج.

انتقاء الأولاد

تجب الإشارة إلى أنه في غياب المعايير المختبرة لانتقاء الأولاد للمشاركة في العلاج الجمعي، مال الباحث للأخذ بمعيار «توفر الولد» في اطار منظومته النظرية عن العلاج.

اختير غريغوري لأنه يعاني كفاً شديداً وخضوعية وجذعاً وخجلاً وعزلة وعزوفاً عن التواصل البشري. افترض أنه يصعب على الصبي أن يبقى في قوقعته مقاوماً نداءات راشد ودود يبعث فيه دفء الحب عبر سلوك أنداده المشاركين في ملعب يزخر بدمى ذات دلالات خاصة بالنسبة لكل ولد ولمشاكلهم.

لم يختلف لاري، الزنجي الوحيد في الفئة، عن غريغوري في الكثير من ضروب سلوكه الظاهر. لقد كان لاري اميل من زميله إلى التواصل ويحن إلى الاعتراف به وتقبله مما يجعله دريئة سهلة ومسهلة لإعادة إقامة التواصل البشري لديه ولدى رفيقه.

قبل رضوان وجيمس للحلقات بسبب فرط فعاليتهما. إنهما عدوانيان طائشان عراكيان يفرضان تواصليتهما على الآخرين وخاصة على زميليهما

الانسحابيين. افترض أن بمقدور السلوك العدواني لهذين الصغيرين أن يحمل غريغوري ولاري على الخروج من قوقعتهما، وأن باستطاعة جيمس الأقل عدوانية من رضوان ممارسة أثر إيجابي معتدل الشدة في رضوان نفسه. بدا أن عدوانية رضوان تنبع من حقد عميق أو من حاجة مازوشية لعقاب الذات. فاعتقد أن الحلقة الحالية والجو التسامحي للفئة قد يشجعان النزوات العدوانية في الصبي دون أن يحققا ما يحتاجه رضوان من علاج يهدؤه، فأبعد الصبي عن الحلقة مؤقتاً أمل ضمه إلى حلقة أخرى تمكن من مراقبة عدوانيته وتوجيهها في اقنية مرضية. يفرض علاج رضوان تهدئته في عدد من الجلسات الثنائية قبل ضمه إلى حلقات فئوية تضم عدداً كبيراً من المشاركين. بالرغم من قلة أهمية مستوى الذكاء لهذا النوع من العلاج فقد تقارب ذكاء الأولاد بخلاف جيمس الذي بدا، من رسومه ذكياً وموهوباً. لقد ساعدت موهبة جيمس العقلية الخلاقة على ابداع الفعاليات فكان لا يني يقترح ويبادر ويخطط. كان جميع الأولاد ذكوراً، أبيضان وزنجي. روعي في تشكيل الفئة أن يكون المشاركون فيها من جنس مماثل للمعالج، إذ اعتقد أن الولد خلال تلك الفترة النمائية يحتاج إلى ما يقوى تقمصاته الجنسية ويعززها عبر معالج من جنس مماثل يشد المشاركين إليه ويعمل كل منهم نموذجاً «آخر» يعزز التقمصات التي يجرها المعالج.

انتقاء الدمى

استخدمت الدمى والعرائس وأدوات أخرى مثل الطاولات والكراسي والعصي في تشخيص الأولاد وفي علاجهم. لقد اعتقد أن لعب الطفل لغة رمزية للتعبير عن الذات، وأن باستطاعة الولد، تبعاً للاعتقاد المذكور، أن يبدي، بطريق العبث بالدمى، شعوره حول نفسه وحول الأشخاص والحوادث والأشياء «الدالة» في حياته خيراً مما يبديه عن تلك الأمور باستخدام الكلمة العادية. إن لعب الولد هو حديثه وإن دماه هي مفردات ذلك الحديث.

يعالج علم النفس مشكلة الموقف العلاجي والأشياء المستخدمة فيه على أساس التبصر الصرف وليس على أساس البحث التجريبي. لذلك كانت

الملاحظات المتوفرة في الحقل متعارضة. يصر بعض المعالجين مثلاً، على أن من المهم تزويد الموقف العلاجي بأكبر عدد ممكن من الأشياء المثيرة الصارخة المتنافرة، في حين يرى معالج آخر أن العلاج يسير بليونة أكبر إذا ما أعطي الطفل عدداً محدوداً، من الدمى، وحيل بينه وبين الاستغراق في مواد جميلة وفعاليات مذهلة[1].

اعتبرنا في حلنا للتعارض بين الرأيين أن يخضع انتقاء الدمى لعاملين أساسيين هما أثر الدمية في الظاهرة الداخلية للعلاج وكلفتها. ورأينا أن المعايير الخمسة التالية تحقق العاملين المذكورين: (١) تسهيل إقامة الاحتكاك بالطفل. (٢) إثارة نزعة الطفل للتفريغ السلوكي وتشجيعها. (٣) تنمية التبصر بالسلوك. (٤) توفير الفرص لاختبار الواقع. (٥) تسهيل التصعيد وتقويته.

وضعت في متناول الصغار دمىً تمثل الوالدين، والأخوة، والجدود، والأشخاص الدالين من الجنسين ومن مختلف العروق المعروفة للأولاد المشاركين في الفئة. افترض أن تلك الدمى تحقق المعايير الخمسة السابقة والعاملين المشار إليهما بتوفيرها معلومات قيمة عن بنية الشخصية، وفرصا علاجية لإسقاط مشاكل الشخصية وممارستها. ولم يخل مسرح العلاج من أقنعة تمكّن الفرد من لعب الدور الذي يريد. فالأقنعة تضيف بعداً جديداً ويستطيع الطفل باستخدامها تقمص الدور الذي يرغب لعبه، كما يستطيع أن يتعرف بوضوح تام على واقعة أن من الممكن تغيير الدور والذات. ووفرت الألوان والأصباغ للمسرح أيضاً فكانت أسلوباً مبدئياً للتشخيص. المتواصل وقناة لتصريف مصاعب الشخصية.

صياغة العلاقة العلاجية

استخدمت كلمة «صياغة» لتعبر عن إشارتنا للطفل إلى الطبيعة الفريدة للعلاقة العلاجية. فالأطفال لا يفهمون الكلام المعقد، وحتى لو أنهم فهموه، لا يعتقدون به. ولا يأتي إدراك الطفل لمعنى العلاج إلا عبر المعاناة، وليس

---

(1) Ginolt, H. Group Therapy with Children, Mc Graw, 1961.

عبر الإيضاح اللفظي مهما كانت درجة شموله أو وضوحه. لا يمكن حصر ظاهرة الصياغة إذن، بالجلسة الأولى بل يجب عدها حادثة مستمرة.

بالرغم من تشكيل التسامحية للشرط الحاسم والمبدئي لخلق علاج فعال، فقد استعان المعالج بمنظومة مرنة من الحدود للتنبؤ بالسلوك الطارىء المستجد وللتصدي المسبق له لمعالجته بهدوء وكفاءة قبل استفحاله. فأقيم العديد من الإجراءات الاحتياطية في مسرح العلاج لمعرفتنا الواضحة به ويضرورته للصغار من طرف، ولامتلاكنا منظومة أسلوب عقلاني واضح وطريقة فعالة في تأكيدها، من طرف آخر. إن الأطفال أنفسهم يفضلون أطر الحدود الواضحة على الجو الغائم. لذلك كله أقيمت الحدود في البدء وروعيت خلال الجلسات لفائدتها في توفير السياج الإيجابي والوجهة الواضحة لسير السلوك المتوقع لكل من المشاركين في الحلقة. شملت الحدود: (١) توجيه التفريغ في أقنية رمزية. (٢) الحفاظ على إتجاه تقبلي تعاطفي للولد طوال الحلقة. (٣) تأكيد السلامة العضوية للصغار بالمراقبة الصارمة لسير الجلسة وإبقائها تحت سيطرة المعالج. (٤) تقوية توجه الأنا. (٥) المحافظة على تسامحية الوضع والقواعد الاجتماعية والأخلاق وتوسعها دون المساس بها. (٦) الإبقاء على سياسة عدم توصيل أية معلومات عن سيرة المعالج الخاصة للأولاد، وذلك للإبقاء، دون تعال على جو مهني موضوعي. (٧) التقيد بمواعيد بدء الجلسة وإنهائها. (٨) أشار الحد الأخير، أي الثامن، إلى المرونة والصلابة في معالجة الإجتراء على القواعد السبع السابقة. فكان على المعالج أن يبقى متقبلاً للطفل دون أن يتخلى عن دوره كشخص حازم لطيف صلب يجد فيه الصغير منفذاً لأناه المجاهدة للخروج من مأزقها.

حلقات اللعب الجمعي

الجلسة الأولى

الأولاد وشخصياتهم كما بدت في الجلسة الأولى: غريغوري (غ) انسحابي هادىء، خجول، وأحياناً مفرط الحساسية. جيمس (ج) عدواني، شديد الحركة، والده متوف، أمه تعمل في المسرح، وتخدم في المطاعم. لاري

(ل) زنجي، هادىء، خجول. رضوان (ر) عدواني، شديد الحركة، والده سكير من أصل اسباني، الوالدان منفصلان دون طلاق، يعيش الولد مع أمه وهي زنجية.

هدفت الجلسة الأولى إلى تقديم الأولاد لبعضهم وتعريفهم الواحد بالآخر وبالمعالج، رحب الباحث بالأولاد، وطلب إليهم الجلوس حيث يرتاحون وأن يفعلوا صنيع المعالج فيكتب الواحد اسمه ويعلقه على عروة سترته. وأوضح الباحث خطة العمل واللقاء حيث يستطيع الواحد أن يفعل ما يشاء فيلعب ويتحدث، ويرسم، وما يشاء. ثم سئل الأولاد رأيهم بالفعالية التي يفضلونها وذلك بعد أن ذكر المعالج الأشياء المتوفرة وأوضح أن بالإمكان إحضار أشياء أخرى حسب رغبة الأولاد شريطة ملاءمتها لحيز الغرفة. اقترح الصغار اللعب ومشاهدة الرائي، فأشار المعالج إلى عدم توفر الأخير وإن علينا الاستغناء عنه حتى يتيسر توفيره. ثم عمد المعالج إلى تفصيل ضروب اللعب الممكنة في إطار الأدوات المتوفرة بأنه لعب للتسلية، وتمثيل الأدوار باستخدام الدمى والأقنعة وكل ما في الغرفة. مثل لذلك بقصة تومي الذي يريد أن يبقى في المنزل لكن أمه تحثه للذهاب إلى المدرسة. سئل الأولاد ما يمكن أن يكون تومي قد قال أو فعل. وطرح الأولاد خططهم المثمرة فاقترح رضوان ممارسة لعب «اختي تحب الكلاب أكثر مني». وأضاف جيمس لعبة «أمي دوما تحاول دفعي لأن أكون طيباً، أن أنتبه واصغي» وبقي لاري صامتاً مبدياً ضجره الواضح الذي انفجر أخيراً بإبداء رغبته للعودة إلى الصف.

ل ـ كلا. أريد أن ألعبها.

م ـ تفضل أن تلعبها وتشعر أن ذلك يكون أفضل في وقت لاحق بعد أن ترى الآخرين يلعبون لعبهم.

ل ـ نعم. يمكن (نجح المعالج في تحرير الولد من الضيق وشده إلى الحلقة).

م ـ انتهى الوقت يا أولاد فلترجعوا إلى الصف وسأراكم بعد غد.

ملاحظات تشخيصية. تحقق هدف الجلسة الأولى في جانبين أساسيين.

لقد ذاب، من طرف، الجليد الذي يفصل الأولاد عن بعضهم وعن المعالج وتأكدت أقنية اتصال معقولة بسبب العلاقات الدافئة بين الأولاد وبينهم وبين المعالج. من طرف آخر، أفادت معرفة ما سيحدث «والغاية من اللقاء المعالج في صياغة فكرة معقولة عن المشاكل التكيفية التي يعانيها كل صغير» فكانت لملاحظاته المباشرة ولتحليل قصص الفعاليات المقترحة قيمة رفيعة في صياغة فكرة هيكلية تشخيصية لكل ولد فكان: ر: شديد الحركة، عدواني يعوزه الاحساس العميق بالأمن. وأخذت عدوانية الصبي مخارج مادية مجسدة (رفس، دفع) ولفظية (مقاطعة وشتم). ج: يعوزه الإحساس بالأمن وبالثقة، تسلطي، معتدل العدوانية بصيغتيها المادية واللفظية إلا أن عدوانية رضوان المفرطة حدت أو لجمت نظيرتها لدى جيمس. ل: خجول، مزعزع الثقة بالذات، هازم للذات، شكاك بنوايا رفاقه وبالراشد. غ: لم يشارك في الجلسة الأولى.

الجلسة الثانية:

التحق غريغوري لأول مرة فأوجز بكل ما جرى من قبل وترك له أمر اقتراح فعل ما يريد. بدا الولد من الوهلة الأولى، إتكالياً، هادئاً، مطيعاً، وخضوعياً.

وسع التشخيص وعمق باستخدام أسلوب «ارسم ما تشاء» من أمور تحبها أو تكرهها في البيت أو المدرسة أو أي مكان. اقترح جيمس رسم صورة جدته وتعليقها على الجدار ووافق لاري ورضوان أما غريغوري فرفض وراح يرسم مشهداً يجمع المدرسة والبيت. وانهى رضوان ولاري وجيمس رسم السيدة العجوز وبدأوا يرسمون شيئاً آخر.

ملاحظات تشخيصية. سئل الأولاد وصف ما رسموا قال المعالج أخبروني ماذا رسمتم؟ روى جيمس قصة ناطحة السحاب. ابن عم له، ٣٠ سنة وأمه وهو ذهبوا لناطحة السحاب. يود أن يذهب ثانية لكن مع أمه فقط. الشخص المرمي من فوق الناطحة إلى الشارع أمامها هو نفس ابن عمه «أنا لا أحبه»، هذا ما قاله الصبي.

يمثل الرسم مشهد البيت من الخارج أما الناس في داخل البيت فلا يظهرون. يفضل الصبي أن يبقى خارج البيت لوحده. الألوان التي استخدمت في الرسم أسود وأحمر فاقع واصفر محمر (عدوانية مدمرة سوداء). تتخطى الأبعاد مرحلة القوقعية خاصة منها البعد الثالث (العمق) فقد أدرك ورسم بتطور واضح عن القوقعية. للطفل اهتمام كبير بالتفاصيل، فقد رسم الباب نصفه أسود ونصفه الآخر أحمر وكذلك أمر المدخنة (عدوان ونقمة وكآبة).

افترض أن بالصبي رغبة جامحة لاحراق البيت ومشاعر من الصراع والحيرة والتردد تأخذ باله. تعكس صورة ناطحة السحاب راسباً من المرحلة الأوديبية ومرارة من السلوك الجنسي للأم. دعمت الفرضيتان باشارات عن سلوك الصبي تجاه المعلمة والمعالج. وعلى الجلسات التالية أن تختبرهما.

الخطة العلاجية. تفريغ رمزي للعدوانية التي تعتلج في الصبي وذلك عبر أقنية مقبولة (تصعيد). العمل على تبصير الصبي من ابن عمه ومن أمه واختبار للواقع عبر علاقات الصبي مع أقرانه والدمى الممثلة للأشخاص الدالين في حياته ومع المعالج.

تنوعت ألوان غريغوري بالرغم من نقص بارز في مهارة استخدامها. نمو الأبعاد متخلف كثيراً عن مستوى سنه وأقرانه، فالبعد الثالث لم يبد أي تطور والبعدان الآخران مرتجّا النمو. ضاع منزل الصبي في بناية ضخمة (رفض للمنزل وللأسرة). ولم يكن للمدرسة باب للدخول. وكان هناك صبي يجلس بين البيت والمدرسة على مقعد مهمل في جانب من الطريق. الدخان احمر في مدخنتي المدرسة والبيت (عدوان صارخ خال من الإثم). العالم الخارجي عديم اللون. قال الصبي إن الأهل يحبونه لكنه لا يرغب بالعودة إلى المنزل ولا يحب المدرسة.

يشعر غريغوري بالقصور والرفض من أهل تسلطيين. للقصور والرفض جذورهما العضوية في بنية الصبي النحيلة. يبرز قلق الصبي حالما

يحتك بحادث اجتماعي علائقي. الآلية الوحيدة التي تستخدم للتحرر من القلق وتخفيفه آنذاك تقوم في خضوعية الصبي ورضوخيته. وبالرغم من محاولة الصبي ابتلاع ضروب قلقه الجانبية فإنه يبدو عاجزاً عن هضمها، فهو قلق من خضوعيته وقصوره يحاول بين آن وآخر تأكيد نقيضها.

افترض أنه في ظل الحدود المقامة للعب الجماعي، يجب تشجيع غريغوري للقيام بالأعمال التي يحس في أعماقه أنه يريد عملها، وذلك لدفعه بالإحساس بالكفاءة، ولتحمل المسؤولية والقيام بتحقيق ما يحس ضرورة أدائه والتصدي لنزوات الآخرين الموجهة ضد إرادة الصبي عبر ظاهرتي تعزيز الأنا واختبار الواقع.

رسم رضوان زاوية بيت مهدم بألوان فاقعة حمراء وسوداء وصفراء. تخطى إدراك الصبي للإبعاد عمره الزمني كثيراً. وسئل الصبي عن سكان المنزل فأجاب بأن أحداً لا يقبل أن يعيش في مكان قذر كهذا البيت، ففهم شعوره وقبل وعكس. ورسم رضوان على ورقة أخرى رجلاً وعلى عينيه نظارة بزجاجة واحدة وينقص وجهه الأنف والفم قال إنه الأب (السكير). وسرعان ما أخذ الصورة ومزقها (فهم شعوره وقبل وعكس). رسم الصبي رجلاً آخر قال هذا أنت (المعالج). وأرى الصورة لرفاقه قائلاً مضحك مضحك مضحك!

م ـ أنت تشعر أنني مضحك.

ر ـ سأحطمك.

م ـ وأعطى المعالج الصورة للصبي قائلاً ها أنا حطمني سأنظر إلى ما ستفعله.

ر ـ أخذ الصورة وألقاها أرضاً ودهسها برجله وارتاح (إحلال للعدوانية، واختبار للواقع وتعزيز للأنا).

م ـ أنت تشعر الآن بالراحة لأنك حطمتني وتشعر أن ليس كل الناس متشابهين.

ر ـ أنت مختلف جداً عن والدي. كان ضربني.

م ـ أنت تحس أني مختلف عن والدك وأنني لا أعاقبك.

ر ـ نعم أنت مختلف، لطيف ذكي. أنا أحبك.

تشابه الملاحظات المستنبطة بصدد رضوان والخطة العلاجية المقترح متابعتها معه نظيرتها لدى جيمس اللهم فيما عدا التفريغ. يتركز علاج رضوان في حدود اللعب العادل وفي استخدام عدد من المنافذ المقبولة لتصعيد العدوانية وتفريغها.

أبدت الأبعاد الثلاثة والنسبية لدى لاري تطوراً كبيراً خاصة في رسوم الصبي للبيض، أما في رسمه للملونين أو لنفسه فقد تدهورت نسبية الأشياء لديه وتقلصت (عدوان تشويهي بسبب رفضه لعرقه ولنفسه). وامتد رفض الصبي لعرقه إلى رفضه لذاته فعزلها عن الفئة في سلوك انزوائي مقلق. للصبي ميل صراعي واضح في سلوكه الشكاك بالمعالج ويقذفه لدمى البيض أرضاً ودهسها (عدوانية للناس من الجنس الآخر، وشعور قوي بقصور الذات).

يرفض لاري عرقه بقوة ويشعر بقصوره بعنف، وتتضح معاناته للميل الصراعي بين عرقه والعرق الآخر في عدوانيته المُنّزلة بصور العرقين. يجد رفض الصبي لعرقه في الانسحاب والعزلة منفذاً، إلا أنه يحن للتقبل والحب والمسؤولية والتواصل مع الآخرين، فما أن يسأل المعالج الصبي حمل بعض المواد لغرفة اللعب حتى ينقلب سعيداً واجتماعياً ويتلاشى شكه وريبته. وفي نهاية الحلقة تتحطم معظم أسيجة المقاومة لدى الصبي فيقترب من المعالج ويستفسره عن الجلسة القادمة وما إذا كان بمقدوره أن يحكي قصته الخاصة.

افترض للاري ما افترض لغريغوري بسبب النقاط المشتركة بين حالتي الصبيين. إضافة إلى ذلك، توقع أن يكون لتقبل العرق، وللتبصر بالمشكلة العرقية فائدة جلى في بناء الثقة بالذات وتقوية الأنا عبر اختبار الواقع.

الجلسة الثالثة

اضفىٰ المعالج صيغة على الموقف العلاجي تتماشى مع الملاحظات والخطط العلاجية للأولاد فوضع الأقنعة والدمى التي تصوُر أهميتها لاختبار

فرضياته حول الصغار في مرمى عيون المشاركين ولفت انتباه الأولاد إلى قواعد اللعب العادل.

ج ـ أقام المشهد وسأل رفاقه أن ينتظروا في حين بدأ هو يرسم، وبعد أن انتهى من الرسم دعا الصغار لمشاهدة الرائي، أي المشهد الذي رسمه فاستجاب له الأولاد لحظة صغيرة ثم تركوه. حاول جيمس ارجاعهم إليه ففشل.

ل ـ تطلع إلى جيمس وانبه قائلاً أنت بليد.
م ـ أنت تشعر أنه بليد.
ل ـ لا أحد يحبه.
ج ـ أنت لا تحبني يا لاري.
ل ـ كن طيباً وسأحبك.
ج ـ آسف يا لاري.
م ـ تشعر بالحزن يا جيمس لأنك آلمت لاري.
ج ـ آسف فأنا لم أقصد إيلامه.

وراح الولدان يرسمان مشهداً آخر، وبقي غريغوري مع دمى الأهل يضغطها ويضربها ويناغي دون معنى.

م ـ أنت لا تحبهم.
غ ـ هم لا يحبوني.
م ـ أنت تشعر أنهم لا يحبونك.
غ ـ إنهم بلداء، اضربهم فلا ينتقمون مني.
م ـ أنت تشعر أن أهلك بلداء وأنت لا تحبهم لأنهم يضربونك.
غ ـ أهلي يتشكون كثيراً لا يقولون سوى «اعمل هذا «لا تعمل ذاك».
م ـ أنت تشعر أن أهلك يتدخلون كثيراً في أمورك ويسألونك كثيراً وأنت تتألم ولا تستطيع أن ترفض أوامرهم.
غ ـ حبذا لو استطيع، أأستطيع؟
م ـ جرب.

غ ـ يضرب الدمى ويقول بأصوات اقرب إلى المناغاة «اعمل» «لا تعمل».

ملاحظات على الجلسة الثالثة. بدأ العدواني جيمس التبصر بذاته وتوجيه سلوكه بالسيطرة عليه، واحترام الآخرين وقواعد اللعب. وأخذ غريغوري يفرغ عدوانيته الملجومة والتبصر بمشكلته فمارست أناه قدراً رمزياً من القوة وأحس ببعض الكفاءة. ووقف لاري شأن غريغوري للدفاع عن نفسه ضد تسلطية قرينه جيمس فأعطى مثالاً رائعاً لغريغوري ليبدأ نفسه تحرره فلقن جيمس درساً جيداً للجم سلوكه العدواني.

الجلسة الرابعة

هيأ المعالج الموقف باختلاف بسيط عن قبل موفراً قدراً أكبر من الحرية للفرد ومن عفوية التوجه وجانبيته. التقط لاري الدمى الملونة التي تمثل الأهل وضربها بعنف ثم قذف بها إلى أرض الغرفة.

م ـ أنت لا تحب هؤلاء الناس وتحس رغبة قوية لتحطيمهم لأنهم سيئون.
ل ـ إنهم بلداء وأنا لا أحبهم. ثم التقط الدمية البيضاء وقذفها إلى الأرض، واحتضن الدمية الزنجية.
م ـ أنت تشعر أن هؤلاء يحبون الأولاد أكثر مما يحبهم أولئك (الزنوج) وتود لو كانوا هم أهلك (فهم، تقبل، عكس، تبصر).
ل ـ إنهم يحبون الأولاد ويعاملونهم برفق أكبر. وبدا الصغير مكتئباً (صراع) وقذف بهم بعيداً والتقط دمى الأهل الملونين (اثم).
م ـ تتألم لأنك رفست الدمى وتريد أن تكون لطيفاً معهم.
ل ـ أحياناً يكونون طيبين.
م ـ تشعر أنهم طيبون أحياناً.

التقط جيمس الدميتين (الأهل البيض) وأعطى الطفلة الصغيرة لغريغوري وصبياً وبنتاً (بيضاء) للاري، وقال الأسرة على الشاطىء. فحمل غريغوري دمية الطفلة الصغيرة وشدها إلى الوالد بنزوة ظاهرة مجبراً إياها على

خضوعية أو إتكالية قسرية. قال الصبي بلسان البنت الصغيرة «لا تسبح بثيابك يا والدي».

ج ـ أنا لا أفعل فقد خلعت ثيابي لتوي.

غ ـ حسناً، والتفت إلى الأم وقال لا تخلعي ثيابك لا تسبحي الآن.

ل ـ ولم لا؟

غ ـ لأنني لا أريدك أن تسبحي مع والدي (أوديبية).

م ـ أنت ترفض أن تتركها تسبح مع والدك.

غ ـ نعم أنه فعل سيء تماماً.

ل ـ (بلسان الأم)، إنه بحر وكل النساء تسبحن مع الرجال. يجب أن اتمتع بوقتي أيضاً.

م ـ تشعر أنه لا بأس إن سبحت المرأة مع الرجال.

ل ـ بالطبع إنه لا بأس.

غ ـ كلا لا يجوز، والتفت إلى المعالج امنعها أن تفعل.

م ـ امنعها أنت بنفسك (لدفعه إلى اختبار الواقع في أنا مقواة).

غ ـ لا تسبحي يا ماما، من فضلك لا تسبحي.

ل ـ بل سأسبح ويبدأ يدفع الدمية لتسبح.

غ ـ لا بأس اسبحي يا أماه. لكن ابتعدي عن بابا. ثم ترك الشاطىء ومعه دمية الأم يعصرها ويرميها بنظرة عصبية بادية.

م ـ أنت تحاول جهدك. أنت خائف أن تذهب للسباحة مع الرجال.

غ ـ لن أتركها. تستطيع أن تسبح فيا بعد.

م ـ أنت خائف أن يمسك بها والدك.

غ ـ نعم. سوف يعصرها، يعضها، ويقتلها.

م ـ انظر إلى الرجل هناك إنه لا يعصر السيدة (اختبار واقع).

غ ـ لكنه سيعصر هذه.

م ـ جرب. قد يكون الرجل تغير. وحتى لو هو أمسكها فلن يقتلها.

غ ـ سأجرب ووضع الدمية في الماء وبدا سعيداً للنتيجة (اختبار للواقع، تقوية للأنا).

حمل لاري دمية البنت وسحبها إلى الماء وقال «إنها لا تجيد السباحة وهي على وشك أن تغرق. سأنقذها». سحبها وصاح «انقذتها».

م - أنت لا تحس أنها تستطيع أن تسبح جيداً.

ل - بمساعدتي تستطيع.

م - أنت سعيد فقد انقذتها وعلمتها السباحة.

ل - (بفرح ظاهر) نعم. ثم وضع الدمية في الماء وتمدد على الأرض قائلاً «الرئيس ك» مات، وبدا عليه الاكتئاب.

م - تخاف أن تموت مثل الرئيس ثم تذهب بعيداً، تختفي بعيداً بعيداً.

ج - الرئيس لم يمت، ذهب إلى الجنة وهناك يكون حياً مرة أخرى.

غ - وسيرجع إلى هنا.

ل - (متمدداً دون حراك أو صوت)، فألقى الأولاد كل الدمى وطلبوا إليه أن يرجع إلى الحياة. وبعد خمس دقائق من الموت نهض وقد زالت عنه الكآبة والشحوب.

م - تحس بالارتياح إذ عدت إلى الحياة.

ل - أنا سعيد. لم أبق بعيداً بعيداً بعيداً من هنا.

م - أنت تكره أن تكون بعيداً عن هنا.

ج - لكنه لم يمت. لم يذهب بعيداً.

غ - سوف تقتل، وتموت، ولن ترجع إلينا.

م - أنت تحس أن أحدهم سيقتله وأنه سيذهب بعيداً ولن يرجع إلى هنا.

غ - نعم.

ل - (لغريغوري). لكن لماذا يقتلني الناس. لست سيئاً.

ج - لا يستطيعون أن يقتلوا. الشرطة القانون والقواعد كلها لحمايتنا.

ل - صمت، الشرطة أوقفت أوزوالد قاتل الرئيس.

م - أنت مرتاح لأن القانون والشرطة تحمينا وأن أحداً لن يقتلك.

غ - قواعدنا عملت على حمايتك هنا يا لاري.

ج - نعم. أنا اذكر أنا آلمته. هو (المعالج) ذكرني بالقواعد فتوقفت. القواعد جيدة.

ل ـ جميل أن تكون لنا قواعد.
م ـ أنت تشعر بالراحة أكثر مع وجود القواعد وأنها لحمايتنا.
ل ـ لا أحد سيقتلني في ظل القواعد.
م ـ أنت تشعر بالطمأنينة لأن لا أحد سيقتلك ويرسلك بعيداً. وبدأ جيمس بالرسم ولعب غريغوري ولاري لعبة الأم وطفلتها. ولبس لاري قناع الأم، وأمسك سيجارة طويلة (قلم) وسأل غـريغوري أن يلبس قنـاع الطفلة.

ل ـ أنا أمك. تأدب ولا تخرج للشارع.
غ ـ أني متأدب يا ماما. أنت تقولين دوماً «تأدب.. افعل هذا.. لا تفعل ذاك»، والتفت إلى المعالج وقال أطلب إليها أن تتوقف ارجوك.
م ـ اطلب منها أنت.
غ ـ إنها لا تصغي إليّ. إسألها ارجوك.
م ـ تشعر أنها تضايقك ولا تصغي إليك اسألها ثانية، فـالتفت غريغـوري صوب الأم وقال ماما اصغي إليّ. أرجوك لا تضايقيني. أنا ولد طيب. أحب أن أذهب إلى الشارع. لا تمنعيني. إني ذاهب للشارع. وذهب إلى زاوية الغرفة وارتاح إذ إن الأم الدمية لم تؤنبه.
غ ـ (بفرح) استطيع أن أذهب إلى الشارع وأن العب ولا أحد يمنعني.
م ـ تحس أنك قوي وترغب أن تكون قادراً تفعل ما تريد.
غ ـ جميل جميل جداً.

وفيما كان لاري يجري في الغرفة تعثر بالمشهد الذي أقامـه جيمس لنفسه.

ج ـ ماذا تفعل يا لاري، حطمت صوري، أنت قبيح لماذا لا تهدأ وتترك كل واحد هادئاً.
م ـ (لجيمس) أنت منزعج لأن لاري حطم اشياءك وأنت تشعر أن الواحد يجب أن يحترم الآخرين ويتركهم في هدوئهم.
ج ـ نعم. لكن لاري القبيح ازعجني.

ل ـ قذف القناع على الأرض بقوة وغضب صائحاً أنت يا أمي القبيحة فعلت كل هذا السوء. أنا آسف يا جيمس.
م ـ تشعر أن الأم هي التي ازعجت جيمس وأنت غاضب عليها وقد ضربتها.
ل ـ نعم. إنها دوماً كذلك.
م ـ . تشعر أنها تزعج الناس وتثير الكرب.
ل ـ إنها مثل أمي تماماً.
م ـ أنت لا تحبها لأنها مزعجة ومثيرة للكرب مثل أمك.
ل ـ نعم. لكن أمي ليست قبيحة دوماً.
م ـ تشعر أن أمك أحياناً عادلة.
ل ـ نعم. عندما لا تكون ثملة.
م ـ أنت تكره أمك عندما تكون ثملة.

نتيجة: إن العلاج يتقدم وفق خطوات واعدة تماماً محققاً أكثر غاياته منجزاً أهدافه مؤكداً فرضياتنا التي صيغت بصدده في نهاية الجلسة الثانية.

الجلسة الخامسة

بنية الحلقة. قصد للحلقة الخامسة أن تكون غير مباشرة كلياً، إلا أن بعض التبنية بصدد حدود قواعد اللعب والمواد المتوفرة قد أكدت. اقترح جيمس رحلة إلى بنسلفانيا. رتّب الكراسي مقيماً منها قطاراً ونادى على الركاب. عمل جيمس سائقاً نادى على الناس في المحطات وأعطاهم توجيهات عن الرحلة وقصدها. جلس لاري على القطار محتضناً الدمية السوداء وحركها حتى تعبر عن ملامح مفرحة.

م ـ تشعر بالسعادة إذ تجعلها لطيفة.
ل ـ نعم لا أحبه عندما لا يكون لطيفاً. وبدا عليه اليأس.
م ـ يضايقك أنه لا يبقى لطيفاً وحياً.
ل ـ نعم إنه بليد. بليد جداً. قذفه والتقط الدمية البيضاء وربت عليها بلطف ثم قذفها (صراع).

م ـ أنت لا تحب هذا الرجل أيضاً. يضايقك أنك لا تعرف أي الرجلين هو الطيب (تبصر في محاولة لحل الصراع).
ل ـ يضايقني حقاً. لكن هذا (والتقط الدمية الملونة) سأجعله طيباً (وضربه وقذف به تحت عجلات القطار ثم التقطه ثانية وأخذ يربت عليه محاولاً دفعه لابداء ملامح وتعابير مفرحة). (وبدا الصغير سعيداً).
م ـ تشعر أنك أدّبته باماتته وإحيائه (فهم تقبل عكس).
ل ـ نعم. اعتقد أن ليس له طريقة أخرى.
م ـ أنت تشعر حقاً أن هذه هي الطريقة الوحيدة لتأديبه.
ل ـ لا. إنني فقط لقنته درساً (اختبار للواقع).
م ـ تشعر أنك أفهمته أنك تستطيع إيذاءه أيضاً وأنه هكذا يتأدب.
غ ـ التقط دمية الأب ودفعها لإمساك سائق القطار من ظهره (اختبار للواقع وللأنا) والتفت جيمس قليلاً ثم تابع قيادة القطار دون أي اهتمام للمحاولة.
م ـ تشعر أن جيمس يفعل ما يريد وأنه لا يخشى الوالد ولا أحد.
غ ـ إنه قوي وشاطر. شاطر جداً (مبديا إعجابه بالملامح).
م ـ تشعر أن جيمس قوي وشاطر وتأمل أن تكون مثله (دفعه للتقمص) ودون أن يجيب، .قذف غريغوري دمية الأب والتقط دمية الأم واختبر قوة جيمس إزاء محاولات الأخيرة إمساكه من ظهره. لم يتغير موقف جيمس فأبدى غريغوري مزيداً من الإعجاب واصبح جاهزاً للتقمص.
م ـ تعتقد أن جيمس لا يخشى الأم أيضاً. إنه قوي وشاطر جداً ودوماً.
غ ـ ما أجملها. وتلفت حوله وجمع كل الدمى وسأل جيمس وضعها على القطار. فوافق جيمس. فابدى غريغوري فرحاً ظاهراً (تعزيز لقوة الأنا بمحاولته فرض إرادته على الولد القوي نفسه).
م ـ تشعر بالسعادة لإحساسك بالقوة والشطارة وأيضاً القدرة فجيمس نفسه لا يعصىٰ أوامرك.
غ ـ جميل أن يفعل المرء ما يريد فعله. وهنا بدا على جيمس عدم الرضى فيما يفعل فالتفت إلى المعالج وسأله امتطاء القطار.

م ـ شكراً فأنا مشغول ولا استطيع الذهاب.
ج ـ أرجوك شاركنا الرحلة.
م ـ تشعر بالراحة لسماعي تعليماتك ومشاركتك الرحلة (تبصر) لكنني مشغول. كان إصرار المعالج على الرفض محاولة حازمة لفرض اختبار كل ألوان الواقع الايجابية والسلبية ومصمماً، خصيصاً، لدفع جيمس على التبصر بسلوكه الرغبي لتعقيله وتوجيهه والسيطرة عليه. ويستطيع لاري وغريغوري أن يقويا انياتهما فقد علّق لاري فوراً سوف ابن قطاري الخاص واذهب للجنوب. وأضاف غريغوري وأنا سوف ابني قطاري ولكني سأذهب إلى كاليفورنيا.

م ـ أنتما (لاري وغريغوري) تشعران بالسعادة لبناء قطركم الخاصة وللذهاب إلى أماكن تحبانها.
ل. وغ. (معاً) أحب ذلك.

لكن جيمس شعر بالأسى، نكص، اعتدى، وحاول منعهم من بناء قطرهم.

م ـ (لجيمس) إنك غضبان لأنهم يبنون قطرهم فلا يكون في أمرتك ركاباً.
ج ـ لـــن أتركهم يبنون شيئاً. لن أعطيهم الكراسي. وأمسك الكراسي لكن الصبيان هزماه فجلس كئيباً مع نفسه.
م ـ أنت تشعر بالأسى لأنك لم تستطع منعهم من بناء قطرهم.
ج ـ ماذا تعتقد أني استطيع أن أفعل؟
م ـ تريدني أن أخبرك ماذا تفعل. حسناً. فكر أنت (تقبل وتحليل وعكس ومحاولة لتأكيد تطور الأنا عن العدوانية وتقبل الواقع).
ج ـ نعم. سأقيم قطاراً أفضل.
م ـ تعتقد أنك ستبني قطاراً جيداً وأنك تتركهم وشأنهم وسيكون قطار أفضل من قطرهم (تأكيد على تنمية التنافس في واقعية الأنا).
ج صحيح تماماً.
م ـ (لغريغوري) تشعر أنك قوي تبني قطارك الخاص وأن لا أحد يستطيع إيقافك عن ذلك وأنك شاطر وقوي.

غ ـ جميل. جميل أنا قوي جداً وسأفعل ذلك دوماً (تحول).
م ـ (للاري) أنت تشعر بالراحة على مقعد السائق.
ل ـ هنا جميل. سأخذ معي كل هؤلاء مشيراً إلى دمى الزنوج (تقبل واضح للذات وللعرق).
م ـ تشعر نحوهم بالحب لأنهم طيبون وتحب أن تأخذهم معك في رحلتك للجنوب (موطنهم).
ل ـ سوف يكونون طيبين. إنهم على قطاري (تأكيد التلاحم الفئوي كوسيلة للرد على التعصب المضاد وهو دليل تقبل للذات والعرق).
ج ـ وقد انهى قطاره، نظر إليه وهز رأسه بأسى.
م ـ لست سعيداً في قطارك يا جيمس.
ج ـ إنه صغير جداً. لا أحبه. أريد واحداً كبيراً. سآخذ الكراسي. لكن كيف؟ (فهم شعور الصبي وقبل وعكس أمل اشتداد اختبار الواقع وتقوية الأنا).
ج ـ عندي فكرة والتفت إلى غريغوري ولاري. دعونا نبني قطاراً كبيراً جداً.

لاري أنت المهندس. غريغوري أنت تجمع الدراهم، جابي. كلا رد غريغوري بل أنا القبطان. طيب طيب. رد جيمس أنت القبطان لكن أنا السائق (تفككت العدوانية والإنسحابية معطية محلها للمسؤولية المنبثقة من إحساس قوي بالأنا والواقع).

وبعد أن بنى الصغار قطارهم قال جيمس. أريد أن أكتب «تكساس» على القطار فكيف تكتب تكساس يا سيد (للمعالج)؟

م ـ هنا تكتب كما تكتب.
ج ـ لكنني اكتبها خطأ.
م ـ تشعر أنك تكتبها خطأ وتطلب مني العون. حسناً أكتبها ثم نرى كيف نصححها (تجنب المعالج فرض التصحيح، وترك للصبي أمر الشعور الطوعي بضرورة التعاون في مجال تدخل الراشد. إذ لا يجوز أن نعزز

سلبياً ما بنى من تواصل أو تعاون).

ج ـ لغريغوري. كيف تكتبها يا قبطان؟ فكتبها غريغوري وعلقها جيمس على مقدمة القطار (ينظر إلى تعاون الصغار كأمر إيجابي تماماً).

في نهاية الجلسة نظر جيمس إلى التقويم وحاول معالجته لوضع التاريخ الصحيح ولما فشل التفت بصبر نافذ إلى المعالج وسأله العون.

م ـ إقرأ التعليمات يا جيمس (محاولة لتأكيد المسؤولية والذاتية).

ج ـ قرأتها ولم أفهمها.

م ـ أقرأها مرة أخرى (محاولة تأكيد أن المسؤولية والفهم يقومان بالتأني).

ج ـ ها. ها. أدر ببطء (قرأ) أنا أعرف كيف أضع التاريخ الآن (تنمية مهارة التنميق ودون تعميمات كاسحة).

كانت نتائج هذه الجلسة مذهلة في إيجابيتها وتعزيزها، فلقد أُكدت فرضيات الباحث وحققت خططه العلاجية المقامة في نهاية الجلسة الثانية لكل من الأولاد المشاركين. تعلم جيمس كيف يسيطر على نزواته المتعارضة مع الآخرين والمعادية لوجودهم. وأضحىٰ لاري وغريغوري مسؤولين قادرين على المجابهة واللامبالاة بالمطالب التسلطية الجامحة التي يقذفهم بها الأهل والكبار. إن الصبيان، الآن، يشعرون بالقدرة والكفاية وبقدر رفيع من الثقة بالذات ولديهم إحساس سوي بالواقع وتلوناته السلبية والإيجابية كما أن لديهم القدرة والاستعداد لتقبل السيء واحتماله وللتمتع بالحسن وتحسينه. لذلك أوقف العلاج وأعيد الصغار إلى صفوفهم.

تعليق وختام

لقد حقق علاج اللعب غرضه وبرز نظرية منهجية لها مبادؤها وإجراءاتها التي تسلم نفسها للمزيد من الاختبار التجريبي. لقد وجد الكثيرون، في سياق محاولاتهم التجاربية المنهجية أن العلاج باللعب ليس مجرد صيغة للعب العلاجي الفردي وسعت لتشمل عدداً من المشاركين مرة واحدة، بل إنه تجربة نوعية فريدة غنية بالاحتمالات الخاصة بها. إنها تجربة مشحونة

بالإمكانات حيث يفهم الفرد ويتقبل ويعكس فهمه وتقبله أو يرد له من جانب عدد كبير من الناس الذين يشاركونه مشاعرهم بأمانة وشرف في بحث مشترك عن طريقة للحياة أكثر جدوى.

العلاقة العلاجية. بدا جلياً أن وجود الأطفال الآخرين خلال اللعب العلاجي يعمل على تخفيف التوتر ويحفز على النشاط والمشاركة اللذين ينبعان بعفوية فئوية تطغىٰ على الأولاد وتسري من الواحد للآخر. فيبدأ الصغار يرتبطون بالمعالج ويثقون به أكثر من ثقتهم به في اللعب المزدوج. يتضح الأمر الأخير من السياق الذي ربط به الصغيران الانسحابيان، لاري وغريغوري ذاتيهما بالفئة وبالمعالج.

وكان التقمص ظاهرة حاسمة حيث تحولت تجربة الفئة إلى دافع علاجي واضح. لم يتقمص الصغار المعالج فحسب، بل إنهم تقمصوا وبنفس القوة أعضاء الفئة الآخرين. وحقق كل من الانسحابي وشديد الحركة توازناً أصح بين تخيلات عوالمهم الداخلية وبين وقائع العالم الخارجي.

وجهت بؤرة العلاج باللعب الجمعي للشخص الفرد فانخرط بفعاليات فردية وفئوية. وتشكلت فئات فرعية وانحلت تلقائياً تبعاً للتغير المستمر في اهتمامات المشاركين. وكانت المشاعر التبادلية للأعضاء عنصراً هاماً جداً للعلاج، فتقوت الظاهرة العلاجية عبر العطاء الطوعي من جانب كل فرد في الفئة لبقية أقرانه، وعبر تلقي هذا الفرد نفسه لأقدار عطائية من كل فرد (راجع على وجه الخصوص حادثة موت الرئيس).

التفريغ. وفر علاج اللعب الجمعي وسيلتين للتفريغ هما اللعب والحوار. فلقد استخدم كل صبي الوسائل الرمزية المتوفرة بطريقة وبظرف حققا كل حاجات الفرد أو أكثرها. قدم اللعب الجمعي تفريغاً حياً ملائماً ومثالاً للمشاكل المحتبسة لدى الصبيان، فانخرط غريغوري الرعديد في الفعاليات الفئوية التي كان يحن إليها ويخشاها، انخرط مشاهداً أولاً ومشاركاً ثانياً. لقد عملت الفئة على تشديد وعي غريغوري بتسامحية مطلقة من كل قيد. خشي

غريغوري الموقف أول ما جابهته الفئة ولم يجرأ أن يلعب دور الولد الذي يريد أن يكونه. خشي الصبي حتى أن يعبِّر عن رغباته وما يريد، أما في الجلسة الخامسة فلعب دور الولد العاصي وابدىٰ اتجاهاً إيجابياً قوياً من ذاته وذلك بوقوفه شخصاً له امتداده وحجمه وكان سهلاً عليه أن يقلد عدوانية جيمس التي بدورها تحطمت بإتجاه احترام الآخرين وإرادتهم وممتلكاتهم.

ليست بنا حاجة للقول إن التفريغ نجم عن العلائق التبادلية في الفئة إذ لم يحدث التفريغ المذكور إلا بتوفر جو من الثقة بين غريغوري والمعالج وهو جو يشع بالأمن ويطفح بالتسامح ويفيض بالتقبل والتشجيع.

التبصر. اكتسب الأولاد وعياً داخلياً حمياً بـأنفسهم وبعلاقـاتهم مع الأشخاص الدالين والأساسيـين في حياتهم بسبب النمـو المتصاعـد للأمن الداخلي. كان التبصر أغلب الأحيان امتداداً سلوكياً للمعاناة تمّ تحقيقه دون حاجة إلى الإيضاح أو التفسير فاجبر الأولاد على إعادة تقويم سلوكهم في ضوء ردود فعل أقرانهم والانعكاسات التي مارسها المعالج. أخذ جيمس كل الدمى وعندما سأله لاري مشاركته بها ألقاه أرضاً، فتألم لاري وراح يبكي، فانبرى المعالج يقول عاكساً مشاعر لاري له «تأذيت يا لاري» وأنت تتألم. ان قواعد اللعب قد كسرت «فوقف لاري وصاح بوجه جيمس» إنك فظ أحمق فأجاب الأخير «إني آسف يا لاري، لكن أحداً لن يتجرأ على قواعد اللعب بعد الآن، دعنا نلعب مشتركين». وبتقدم الجلسة، غدا جيمس أكثر اعتباراً للآخرين واحتراماً للقواعد وتطوع للعمل الجمعي الذي أعطى لكل من المشاركين دوراً لائقاً يلعبه. حدث التطور المذهل في سلوك الصبي بسبب التبصر العميق بسلوكه.

اختبار الواقع. وفر اللعب الجمعي موقفاً اجتماعياً متميزاً أفاد في كشف أنماط جديدة مرضية من العلاقة بالأقران وتجربتها. وشكلت الفئة وسـطاً اختبرت فيه الوسائل الاجتماعيـة الجديـدة في إطار السيـطرة على الـواقع والعلاقات التفاعلية التبادلية بين أفراد الفئة. فتعلم غريغوري الذي كان يعاني كفاً نفسياً شديداً كيف يحقق أغراضه بالإعلان عن رغباته والإصرار على

التمسك بها. أما جيمس الذي كان شديد الحركة ملحاحاً فقد تعلم بأن الأهداف لا تحقق في إطار رغباته الخاصة وحسب بل وباعتبار رغبات الآخرين أيضاً، وذلك كحد أدنى من التطلب الاجتماعي.

خدم حضور عدد من الأطفال في إطلاق الدوافع الطفلية المكبوتة في تجربة علاجية تربط الفرد بعالم الواقع، فانبرت المشاعر الطفلية السحرية (عودة الرئيس من الموت) والخوف من الفصل والوحدة (الخوف من الأشخاص الدالين) تنزع الأسيجة من حولها وتنطلق تعاش وتعدل، وتفهم، وتقبل. وخلاصة القول لقد سمح الموقف الفئوي مع فعل تفريغ المكبوت بحضور الراشد المعالج، للأولاد بمعاناة الواقعية الخارجية حيث أحسوا بنفعها وأهميتها ولذة طعم معاناتها.

التصعيد. هدف اللعب الجمعي، فيما هدف إليه، إلى تنمية التصعيد في إطار المعايير والتوقعات الاجتماعية. لوحظت القدرة على تقبل بعض النزوات البدائية المكبوتة، وإكراه بعضها على التفريغ، وتصعيد أكثرها منذ الوهلة الأولى للعب. فلقد علَّم بعضهم الآخر على استخدام عدد متنوع من المواد، وعلى الانخراط في عدد متباين من الفعاليات، مزيدين بذلك عدد المخارج التصعيدية التفريغية في متناولهم.

واطلق الأولاد عدوانيتهم بصورة رمزية ضد من اسقطوهم في دور الأشقاء والوالدين. ومنذ الجلسة الأولى، مال الأولاد لإحلال العدوانية على زملائهم في الفئة وعلى المعالج، فهاجموا أعضاء الفئة، وضربوا الدمىٰ، وتدخلوا في فعاليات بعضهم محاولين عرقلتها. احلٍ رضوان عدوانيته ضد المعالج وضد أقرانه. وأمسك جيمس الدمى متدخلاً بفعاليات غريغوري ولاري. وبتقدم العلاج، استبدل التصعيد بالإحلال، وبدلاً من إمساك القرين وغرفه ودفعه وعرقلته، عمد جيمس إلى تصوير مشهده وسأل الآخرين أن يراقبوا الرائي. بهذا شد جيمس الناس إليه مصعِّداً عدوانيته في أقنية مقبولة.

نتيجة: ترك الأسىٰ والتوجس اللذين عاناهما الباحث في بداية التجربة

مكانها للفرح والسعادة والتفاؤل. لقد تغيرت الفئة ومنذ الجلسة الأولى فاصبح جيمس أليفاً اجتماعياً يعتبر مشاعر الآخرين بعد أن كان عبداً لنزواته وعراكيته لا يشارك ولا يقرب. إن بمقدور الصبي الآن تقبل ذاته وتقبل الآخرين والتعاون معهم والاستمتاع بعطاءاتهم.

غدا غريغوري شخصاً استقلالياً يُعتمد فهو يقرر موقفه من الأشياء فيتقبلها أو يرفضها إنه يقاوم الأوامر الاعتباطية. وثمة أمل كبير في أن يتعمم سلوك غريغوري إلى المواقف الاجتماعية خارج الفئة.

أما لاري فخير ما حققه يرجع إلى تقبله لعرقه ولذاته في إطار عرقه، وهو أمر حصل عبر تقوية الأنا، والعلاقات التقبلية مع الفئة ومع المعالج.

هل إنّ التغيرات المشار إليها فجائية ترجع إلى الصيغة التلقائية غير الموجهة للفئة أم أنها نتيجة تراكمية لتغيرات مستمرة عبر نفس الصيغة الفئوية؟ إنني أميل لاعتبار صحة الافتراضيين فبعض التغيرات أشرقت بصورة فجائية نتيجة لإشراقة البصيرة وبعضها الآخر كان الحصيلة الطويلة لتجمع تراكمي طويل تفجر عند نضجه. إن كل التغيرات ترجع إلى الصيغة التسامحية المتفهمة التقبلية العاكسة للمعالج في إطار نظريته في الفئة.

هل إنّ التغير مؤقت أو عرضي؟ تدفعني النظرة المتفحصة لسياق الجلسات إلى التأكيد بأصالة التغيرات واستمراريتها وتباينها اللهم إن لم يحدث في حياة الصغار ما يدمر تلك التغيرات ويعيدهم إلى أسوأ من نقطة البداية. لقد توافق رأي المعلم مع تحليلنا واستنتاجاتنا. قالت المعلمة:

لقد سمعت الكثير عن العلاج الجمعي وعن اللعب الجمعي ولم أثق بما سمعت فلم أحاول تجربته. أما الآن فلدي ما يبرر قيام ثقة مطلقة بهذا النوع من العلاج. لقد تغير الأولاد. وإنني استطيع القول إن جيمس لم يعد جيمس. إنه جيمس الطيب. وكذلك لاري وغريغوري كلاهما تغير تغير تغير.

وبالرغم من أن البعض قد يأخذ على تحليلنا أنه لم يقارن بتحليل باحث

آخر، أو أنه لم يقابل فئةً بأخرى أو طريقة علاج بطريقة علاج مغايرة، إلا أنني أشعر أن التشخيص القبلي ـ البعْدي للأولاد يقوم مقام مقابلة طريقة علاج بطريقة علاج أخرى. يبقى أن يشحذ التشخيص وهو أمر نتركه لسوانا ولنا في محاولات أخرى. أما بالنسبةَ لمن ينتقد بحثنا لأنه لم يقارن بتحليل باحث آخر لنفس مضامين الحلقات السلوكية واللفظية فإني أؤكد أن التحليل قد قام على أسس صلبة من أدلة صادقة واضحة ومن قدرة رمزية حادة على استجلاء المضامين الخفية العميقة للحركة وللكلمة. وليس لمن يشك بذاتية تحليلنا إلا أن يرجع إلى الجلسات يقرؤها ويحلل مجرياتها السلوكية والكلامية وكل ما حدث فيها. وإنني لواثق تماماً من حدوث تساوق مذهل بين التحليلين إنْ تواضع المحلل الآخر قليلاً وسمح لنفسه بحوارنا لوضع معايير مشتركة للتحليل.

المصادر والمراجع

1 . Ackerman, M. W., «Group Dynamics 1. Social Role and total Personality», Amer. Orthopsychiat., 21, 1-17,1951.

2 . -----, «Interpersonal Disturbances in the Family, Some Unsolved Problems in Psychotherapy», Psychiat., 17, 359-368, 1954.

3 . ------, «Psychoanalytic Principles in a Mental Health Clinic for the Pre school Child and His Family», Psychiat., 19, 63-76, 1956.

4 . ------, «A Changing Conception of Personality: A Personal Viewpoint», Amer. J. Psychoanal., 17, 78-86, 1957.

5 . ------, «An Orientation to Psychiatric Research on the Family», Marriage Family Living, 19, 68-74, 1957.

6 . ------, Psychodynamics of Family life. Basic Books, 1958.

7 . --------, «Toward an Integrative Therapy of The Family», Amer. J. Psychiat., 114, 727 - 733, 1958.

8 . ------, «The Family Group and The Family Therapy: The Practical Application of Family Diagnosis», Int. J. Sociometry, 1, 52- 54, 1956.

9 . ------, and Behrens, M. L. «A Study of Family Diagnosis», Amer. J. Psychiat., 26, 66-78, 1956.

10 . ----------, and Sobel, R., «Family Diagnosis: An Approach to the Study of the Preschool Child», Amer. J. Orthopsychiat.,20, 744-752, 1952.

11 . Allen, R. M., «The Influence of Color in the Rorschach Test on

Reaction Time in a Normal Population», J. Proj. Tech., 15, 481-485, 1951.

12 . Allyon, I. and Azrin, N. H., The Token Economy, Harper, 1968.

13 . Aranson, M. «A Study of the Freudian Theory of Paranoia by Means of the Rorschach Test», J. Proj. Tech., 16, 397- 411, 1952.

14 . Auerswald, E. H., «Interdisciplinary Versus Ecological Approach», In Sager and Kaplan (eds.), wileg, 1971.

15 . Avery, C. E. et. al., Love and Marriage, Harcourt, 1971.

16 . Bach, G. R., Intensive Group Psychotherapy, Ronald, 1954.

17 . Barnes, M. and Berke, J., Two Accounts of a Journey Through Madness, Penguin, 1973.

18 . Baruch, D. W., «Discription of a Project in Group Therapy», J. Consult. Psychol., 9, 271-280, 1954.

19 — Batson, G., Steps on the Ecology of Mind, Paladin, 1973.

20 . ------, et. al., «Toward a Theory of Schizophrenia», Beh. Sci., 1, 251- 264, 1956.

21 . Beatman, F., «Family Interaction: Its Significance for Diagnosis and Treatment», Soc. Caswk., 38, 111-118, 1957.

22 . Baxandal, L. (ed), Sex- Pol Essays 1929- 1934, Reick, 1972:

23 . Beels, Ch. and Ferber, A., «Family Therapy: A Viewpoint of Family Process», Beh. Sci., 2, 280-332, 1969.

24 . Bech, S. J., «Personality Structure in Schizophrenia», Nerv. Ment. Dis. Monogr. 1938.

25 . ------, «Trends in Orthopsychiatric Therapy. II Rorschach F Plus and The Ego in Treatment», Amer. J. Orthopsychiat., 18, 395-401, 1948.

26 . Bell, J. F.«Family Group Therapy: A New Method of Treatment for Older Children, Adolescents, and Their Parents», Publ. Health Monogr., 64, 17-25, 1961.

27 . Bergler, E., The Basic Neurosis, Grune, 1949.

28 . Bergman, M. S., «Homosexuality on The Rorschach Test», Bull. Meninger Clinic, 9, 78-81, 1949.

29 . Berne, E., Transactional Analysis in Psychotherapy, Evergreen, 1961.

30 . ------, Games Peple Play, Penguin, 1978.

31 . Bermans L. «Counter transference and Attitude of The Analyst in the Therapeutic Process», Psychiat., 12, 159- 166, 1949.

32 . Binswanger, L., Ausgewälte Vortage and Aufsätze. In Wyss, D., Psychoanalytic Schools from the Begining to The Present, Harper, 1973.

33 . Bion. W. R., Experiences in Groups, Tavistock, 1961.

34 . Birk, L. et. al., «Behavior Therapy in Psychiatry Task Force Report No. 5», Amer. Psychol. Ass., 1973.

35 . ------ and Brinkly Birk, A. W., «Psychoanalysis and Behavior Therapy», Amer. J. Psychiat., 131, 499-511, 1974.

36 . Boszormeny, N. I. and Framo, J. (eds.), Intensive Family Therapy, Harper, 1965.

37 . Bowlby, J., «The Study and Reduction of Group Tensions in the Family», Human Relations, 2, 123- 128, 1949.

38 . Brenman, M. et. al., «Spontaneous Fluctuations in Depth of Hypnosis and Their Implication for Ego Functions». Int. J. Psychoanal., 31, 22-33, 1952.

39 . Brodey W. M. and Hyden., M., «Intratreatment Reactions: Their Relations to the Conflicts of the Family in Treatment», Amer. J. Orthopsychiat., 27, 349- 355, 1957.

40 . Brown, J. A. C., Freud and The Post Freudian, Penguin, 1974.

41 . Burton, A. (ed.), Encounter: The Theory and Practice of Encounter Group, Grane, 1969.

42 . Burrow, T. «The Group Method of Analysis» Psychoanal. Rev., Vol, XIV, No. 3. 268- 280- 1927.

43 . Calderone, M. S., et. al., The Family Book about Sexuality, Harper, 1981.

44 . Bry, A., Inside Psychotherapy, Penguin, 1972.

45 . ------- , A Primer of Behavioral Psychology, Adaide Bry, 1975.

46 . Chance, E., Families in Treatment, Basic Books, 1959.

47 . Chomsky, N., «Psychology and Idiology for Reasons of State, Fontana», 1973.

48 . Cleveland, E. et. al., «Neurotic Patterns in the Family». In Leighton, A. H., et. al. (eds.), Explorations in Social Psychiatry, Basic Books, 1957.

49 . Cohen, S. and Taylor, L., Psychological Survival, Penguin, 1972.

50 . Cooper, D., Psychiatry and Anti- Psychiatry, Ballantine Books, 1975.

51 . Corsara, M. et. al., A commonsense Guide, St. Martin Press, 1980.

52 . Drikurs, S., «Family Group Therapy in the Chicago Community Child Guidance Center», Hyg., 35, 291- 301, 1951.

53 . ------, «Group Psychotherapy from the point of View of Adlerian Psychology», Int. Group Psychother., Vol. VII, No. 4, 363, 375, 1957.

54 . Dewald, P., Psychotherapy: A Dynamic Approach, Blackwell, 1964.

55 . Dicks, H. V., «The Predicament of the Family in The Modern World», Lancet, 1: 295- 297, 1955.

56 . Dickman, A., «Deautomotization and the Mystic Experience», Psychiat., 29, 324-328, 1969.

57 . Dobson, J., Preparing for Adolescence, Battam 1981.

58 . Dusay, J. M. and Steiner, C., «Transactional Analysis in Groups». In Kaplan and Sadock, (eds), wiley, 1971.

59 . Eissler, K., «Remarks on the Psychoanalysis of Sckizophrenia», Int. J. Psychoanal., 32, 139-156, 1951.

60 . Ellenberger, H., The Discovery of the Unconscious, Allen Lane, 1970.

61 . Ellis, A., Reason and Emotion in Psychology, Me Graw, 1962.

62 . -----, The Civilized Couples Guide to Extra Marital Adventure, Mc-Graw, 1972.

63 . ------, Executive Leadership: A Rational Approach, Mc Graw, 1972.

64 . ------, Sex Without Guilt. Mc Graw, 1973.

65 . ------, «Rational Psychotherapy», J. Gener. Psychol., 59, 35-49, 1958.

66 . English, O. S. et. al., Emotional Problems of Living, Norton, 1954.

67 . Ericksen, C. W. and Lazarus, R. S., «Perceptual Defense and Projective Tests», J. Abn. Soc. Psychol. 42, 302-308, 1952.

68 . Erickson, E. R., «Identity and The Life Cycle», Psychol. Issues, I. 1959.

69 . ------, Child and Society, Norton, 1950.

70 . ------, Young man Luther, Nerton, 1958.

71 . ------, «Study in The Interpretation of Play, I. Clinical Observation of Play Disruption in Young Children» Genet. Psychol. Monog., 22, 557- 671, 1940.

72 . ------, Childhood and Society, Norton, 1950.

73 . Eysenk, H. J. (ed.), Behavior Therapy and The Neurosis, Pergamon, 1960.

74 . --------, and Rachman, S. The Causes and Cures of Neurosis, Routledge, 1965.

75 . Fabry, J. B., The Persuit of Meaning, Harper, 1980.

76 . Fast, J., Body Language, Pocket Books, 1970.

77 . Fenichel, O, The Psychodnalytic Theory of Neurosis, Norton, 1945.

78 . Ferber, A., et. al. (eds.), The Book of Family Therapy, Harper, 1972.

79 . Fiedman, I., «Phenomenal Ideal and Projected Conceptions of Self», J. Abn Soc. Psychol., 51, 611- 615, 1955.

80 . Finch, S. M., Fundamentals of Child Psychiatry, Norton, 1960.

81 . Fingarette, H., The Self in Transformation, Harper, 1960.

82 . Fisher, B., «Group Therapy with Retarded Readers», J. Ed. Psychol. Vol., 44, No. 6, 354-360, 1953.

83 . Foote, N., et. al., «Identity and Interpersonal Competence: New Directions in Family Research», J. Coun. Psychol., 3, 212-215, 1955.

84 . Ford, D. H., et. al., Systems of Psychotherapy : A Comparative Study, Wiley, 1964.

85 . Ford, F. R., Diseases of the Nervous System in Infancy and Childhood, Charles C. Thomas, 1959.

86 . Foucault, M., Madness and Civilization (trans.), R. H. Howard, Tavistock, 1971.

87 . Foulkes, S. H.,, Therapeutic Group Analysis, Allen and Unwin, 1964.

88 . Fraiberg, S., The Magic Years, Scribners, 1959.

89 . Frank, J., Persuasion and Healing, Bailey, 1963.

90 . Frankl, V., The Doctor and The Soul, Souvenir, 1969.

91 . Frederick, P., Gestalt Therapy Verbatim, Bantam, 1972.

92 . Frederick, P, et. al., Gestalt Therapy: Excitment and Growth in the Human Personality, Souvenir, 1972.

93 . ------, Ego, Hunger and Aggression, Souvenir, 1969.

94 . Freud, A., Normality and Pathology in Childhood, Penguin, 1973.

95 . ------, The Ego and the Mechanisms of Defense, Hogart, 1950.

96 . Freud, S., «The Interpretation of Dreams». In The Basic Writing of S. Freud, 179- 549, Modern Libarary, 1938.

97 . ------, Psychopathology of Every Day Life. Op. Cit., 33-178.

98 . ------, Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Acount of a Case of Paranoia. In Collected Papers, Vol., III, 387- 470, Hogarth, 1946.

99 . ------, Represion, Op. Cit, Vol. Iv, 84- 97.

100 . ------, Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia, Homosexuality, Op. Cit., Vol., II, 232- 243.

101 . ------, Negation, Op. Cit., Vol., V., 181, 185.

102 . ------, Fetishism, Op. Cit., Vol. V, 198- 204.

103 . ------, Analysis Terminable and Unterminable, Op. Cit., Vol., V, 316- 357.

104 . ------, Splitting of the Ego in the Defensive Process, Op. Cit., Vol. V, 372- 375.

105 . ------, Formulations Regarding the Two Principles in Mental Functioning, Op. Cit., Vol. IV, 13-21.

106 . ------, Psychology and The Analysis of the Ego. Op. Cit, Vol. IV, 45-75.

107 . ------, The Pathology of Every Day Life, Pelican, 1969.

108 . ------, Totem and Taboo, Pelican, 1970.

109 . ------, New Introductory Lectures in Psychoanalysis, Pelican, 1972.

110 . Fromm, E., Man for Himself, Routledge, 1971.

111 . ------, and Suzuki, T. D., Zen Buddism and Psychoanalysis, Allen and Unwin, 1960.

112 . Fromm- Reichman, F., Principles of Intensive Psychotherapy, Chicago Univ. Press, 1950.

113 . Gero, G., «The Concept of Defense», Psychoanal. Quart., 20, 565- 578, 1951.

114 . Gill, M. and Brenman, M., Hypnosis and Related States, Norton, 1959.

115 . Ginott, H, Group Therapy with Children, McGraw. 1961.

116 . Glasser, W., Reality Therapy, Harper, 1975.

117 . Glasmann, R. et. al., «Group Discusions with a Hospitalized Schizophrenic and His Family», Int. J. Group Psychother., 9, 204 212, 1959.

118 . Gordon, J. E. (ed.), Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis, Harper, 1967.

119 . Gray, W. et. al., General Systems Theory and Psychiatry, Churchill, 1970.

120 . Greenson, R., «The Technique and Practice of Psycho analysis», Vol. 1, Hogarth, 1967.

121 . Greenwald, J., Be The Person you Were Meant to Be, Dell, 1982.

122 . Griffiths, W., «Changing Family Health Patterns: A Review of Recent Research», J. Home Econ., 46, 14-16, 1954.

123 . Hall, B. H. et. al., «The Patient and His Relatives: Initial Joint Interview», Social Work, 2, 75-80, 1957.

124 . Halleck, S., The Polilics of Therapy, Harper, 1973.

125 . Haley, J., Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, Mc Graw, 1973.

126 . Harnin ,s. A. and Paulson , B.B., Counseling Adolescents, service Rescarch association of chicago, 1950.

127 . Hartman, H., «On Rational and irrational actions», In psycho analysis and the social sciences, vol. I (G. Roheim, ed.), 359 - 392, int. Univ. Aess, 1950.

128 . ------. «Comments on the Psycho analytic Theory of The Ego», In study of the child (D. rapport, Vol. V, 74-96, Columbia Univ - Press, 951).

129 . ------، «Ego Psychology and The Problem of Adaptation and Pathology of Thought», Op. Cit, 362-396.

130 . -------, and Kris, E., «The Genetic Approach in Psychoanalysis» In The Psychoanalytic Study of The Child, Vol. I, 11-29, Int. Univ. Press of N.Y., 1945.

131 . -------, et. al., «Comments on the Formation of Psychic Structure», Op. Cit, Vol. 11, 11-58.

132 . -------, et. al., «Notes on The Theory of Aggression», Op. Cit., Vol. 111, 9-36.

133 . Havens, L., Approach to the Mind. Houghton, 1973.

134 . Havigharst, R. J. et al., «The Development of the Ideal Self in Children and Adolescents», J. Edu. Res., 40, 241, 251, 1959.

135 . Henry, j., «Family structure and the transmission of neurotic behavior», Amev.j.or thopsychiat., 21, 800 - 818, 1951.

136 . Hertz, M., «Suicidal Cofiguration in Rorschach Records», Rorch. Res. Exch., 12, 3-58, 1948.

137 . Hobs. N. et. al. , «Ethical Standards for Psychologists», Amer. Psychol. Asso., 1953.

138 . Horney, K., The Neurotic Personality of Our Time, Norton. 1937.

139 . Self analysis, Harper, 968.

140 . Our Inner Conflicts, Norton, 1945.

141 . Feminine Psychology, Penguin, 1973.

142 . Jacobi, J., Complex Archetype and Symbol in the Psychology of G.G. Jung, Routledge, 1959.

143 . Jacobi, R., Social Amnesia: A Critique of Conformist Psychology from Adler to Laing, Houghton, 1975.

144 . James, M. and Louis, S., A New Self, Addison, 1980.

145 . Janov, A. The Primal Scream, Sphere, 1973.

146 . John, N., Foundation of Psycho Pathology, Oxford Univ. Press, 1961.

147 . Johnson, A. M. et. al., «The Genesis of Antisocial Action Acting out in Children and Adolescents», Psychoanal. Quart., 21, 323-343, 1952.

148 . Jones, E., Sigmund Freud: Life and Work, Hogart, 1953- 9.

149 . Jung G.G. Symbols of Transformation, Routledge, 1951.

150 . Man and His symbols , w.h. Allen. 1964.
151 . Kalinwosky, L. and Hoch, P., Somatic treatments in psychiatry, Grune , 1961.
152 . Kaplan, H. S., The New Sex Therapy, Bailliere, 1975.
-------, and Sadock, B. (eds), Comrehensive Group Psychotherapy, wiley, 1971.
153 . Kittrie, N., The Right to Be Different, John Hopkins Univ. Press. 1972.
154 . Klein, D.F. and Davis, J.M., Diagnosis and Drug treatment of psychiatvic disorder, williams and wilkins, 1969.
155 . Klein. G.S. The Personal World Through Perception, In Perception: An Approach to Personality (R.R. Black and G.V. Ramsey, eds.), 328-355, Ronald Press, 1951.
156 . Klein, M., Contribution to Psychoanalysis, Hogarth, 1950.
157 . Knight, R.P., Introjection and Identification, Psychoanal. Quart., 9,334-341, 1949.
158 . The Relationship of Latent Homosexality to the Mechanisms of Paranoid Delusions, Bull. Meninger Clinic, 4, 149- 159940.
159 . Knuston, A.L., Quiet and Vocal Group, Sociometry, Vol. 23, No. 1, 36-48, 1960.
160 . Kovel, J., A Complete Guide to Therapy, Pelican, 1981.
161 . Kraepelin, E., Clinical Psychiatry, Macmillan, 1961.
162 . Kris, E., On Preconscious Mental Processes, In Organization and Pathology of Thought (D. Rapport ed.) 474- 493, Columbia Univ. Press, 1951.
163 . Labarre, W., The Human Animal, Hogarlh, 1954.
164 . Laing, L.D., The Politics of Experience, Penguin, 1970.
165 . Law, Liberty and Psychiatry, Routledge, 974.
166 . -------, The Devided Self, Penguin, 971.
167 . -------, The Polilics of Family, Tavistock, 1971.
168 . Lagueur, H.P., Mechanisms of Change in Multiple Family therapy In sager and Kaplan, (eds.), wilev. 1971.

169 . Lazarus, A.A. (ed.), Clinical Behavior Therapy, Butterworlth 1972.

170 . Lévi Strauss,C., The Sorcerer and His Magic, In Jacobson, C. et. al. (trans.), Structural Anthropology, Penguin, 1972.

171 . Lewis, N.D.C., A Short History of Psychiatric Achievement, Norton, 1941.

172 . Lewin, B, The Psycho Analysis of Elation, Norton, 1950.

173 . Liberman, R.P., Behavioral Approaches to Family and Couples Therapy, In Sager and Kaplan (eds.), wiley, 1972.

174 - Lidz, Th., The Person, Basic Books, 1968.

175 . Lowen, A., The Betrayal of the Body, Macmillan, 1969.

176 . Machover, K., Personality Projection in the Drawing of the Human Figure, Charles C. Thomas, 1949.

177 . Mannoni, O., Freud: New Left books, 1972.

178 . March, L. G., Group Therapy and the Psychiatric Clinic, J. Nerv. ment. Discases, 82, 381 - 392, 1935.

179 . Marsolf, S.L. Psychological Diagnosis and Counseling in the Schools, Holt, 1956.

180 . Master, W. H., et. al., Human Sexual Response, Churchill, 1966.

181 . -------, Human Sexual Inadequacy, Churchill, 1970.

182 . May, R. The Discovery of Being, Norton, 1983.

183 . -------, The Meaning of Anxiety, Ronald, 1950.

184 . May, R. et. al., Existense: A New Dimension of Psychiatry and Psychology, Harper, 1958.

185 . Mead, H.G., Mind, self and sociely, Univ. Chicago Press, 1950.

186 . Menninger, R. W., The Human Mind, Mc Graw, 1984.

187 . Midelfort, C., The Family In Psychotherapy, Mc Graw, 1948.

188 . Miller, G.A., Psychology: the Science of Mental Life, Penguin, 1977.

189 . Milbank Memorial Fund, The Family as The Unit of Health, Milb. Mem. Fun., 1949.

190 . Mitchell, J. Woman's Estate, Penguin, 1971.

191 . Mittelman B., The Concurrent Analysis of Married Couples, Psychoanal, Quart., 17, 182 - 197, 1948.

192 . Moreno, J.L, Who Shall Survive, Norton, 1953.

193 . Monroe, R., Schools of Psycho Analysis Thought, Harper, 1955.

194 . Muench, G.A. An Evaluation of Non - Directive Psychotherapy, Psychol. Monog., No. 13, 1947.

195 . Murphy, G., Personality: A Biosocial Approach to Origins and Structure, Harper, 1947.

196 . Murray, H.A., Explorations in Personality, Oxford Univ. Press 1938.

197 . -------, Thematic Apperception test Harvard Univ. Press, 1938.

198 . Nelson, B., The Psycho Analyst as Mediator and Double Agent: An Introductory Survey, Psychoanal, Rev., 52, No. 3, 375 - 390, 1965.

199 . Naranjo, C. and Dynstein, R.E. On the Psychology of Meditation, Allen and Unwin, 1973.

200 . -------, The Healing Journey: New approaches to consciousness, Allen and Unwin, 1973.

201 . Nelson, B., Phenomenological Psychiatry Psycho Analysis and the Psycho Anal, Rev., Vol., 48, No. 4, 3-23, 1961-2.

202 . Numberg, H., The Synthetic Function of the Ego, Int. J. Psychoanal., 12, 123, 140, 931.

203 . Parlot, M., Group Therapy and the Small Group Field: An Encounter, In Sager and Kaplan, P. 174.

204 . Parsons, T., el. al., Family Socialization and Interaction Process, the Free Press, 1955.

205 . Diaget, J., and Inhelder, B., The Psychology of the Child, Routledge, 1973.

206 . Pickens, I., My Inward Journey, West Minister Press, 1957.

207 . Pious, W.L., The Pathogenic Prucess in Schizophrenia Bull. Menninger Clinic, 13, 152- 195, 1944.

208 . -------, Obsessive - Compulsive Symptones in an Incipient Schizophrenia, Psychoanal, Quart., 19, 327- 351, 1950.

209 . Pollaczek, P.P., and Homefield, H.D., The Use of Masks as an Adjunct to Rle - Playing, Ment. Hgg., 2, 299 - 304, 1954.

210 . Raimy, V.C., Self Reference in Counseling Interview, J. Consult. Psychol., 12, 153 - 163. 1948.

211 . Rankes, O. Wilhelm Reich and Orgonomy, Penguin. 1970.

212 . Rapaport, D., The Autonomy of the Ego; Ball Menninger Clinic, 15, 113 - 123, 1951.

213 . Reich, I.O ., Wilhelm Reich, Eleck, 1969.

214 . Reick, T., Masochism in Modern Man, Farrav, 1941.

215 . Reick, W., People in Trouble, Rangeley, 1953.

216 . -------, The Mass Psychology of Fascism (trans.), T.P. Wolf, Penguin, 1975.

217 . -------, The Function of the Orgasm (Trans.), T.P. Wolf, Panter, 1968.

218 . Reitzell, J.M., A Comparative Study of Hystrics, Homoseruals and Alcohlics Using Content Analysis of Rorschach Responses, Rorschach Res. Exch., 13, 127 - 141, 1940

219 . Rogers, C., The Autobiographical Essay, In Burton, A. (ed.), Twelve Therapists, McGraw, 1972.

220 . -------, On Becoming a Person, Houghton, 1974.

221 . -------, Client - Centered Therapy, Houghton, 1951.

222 . Rieff, Ph., The Triumph of the Therapeutic, Grune, 1966.

223 . Rosen Baum, M., and Berger, M., Group Psychotherapy and Group Function, Basic Books, 1963.

224 . Rosenbaum, P.C., the Meaning of Madness, Harper, 1970

225 . Ruech j. Psychiatry and the Challenge of Communication, psychiat., 17,1 -18,1954.

226 . -------, Non Verbal Hanguage and Therapy, Psychiat., 18, 323 - 330, 1955.

227 . Ruitenbeek, H.M. (ed.), Psycho Analysis and Contemporary American Culture, Dell, 1964.

228 . Rush, F., The Best Kept Secret: Sexual Abuse of Children, McGraw, 1980.

229 . Sabrin, T.R., and Jones, D.S., An Experimental Analvsis of Role Behavior, J. Abn. Soc. Psychol., 51, 236 - 241, 1955.

230 . Sabrin, T.R. and Rosenberg, B.G., Contribution to Roletaking Theory: a Method of Obtaining Quantitative Estimate of the Self, S, Abn. Soc. Psychol., 42, 71 - 81, 1955.

231 . Sager, C., and Kaplan, H.S. (eds.). Progress in Group and Family Therapy, Grune, 1972.

232 . Sanders, R. and Cleveland, S.E., The Relationship Between examiner Personality Variables and Subjects Rorschach Scores, J. Proj. Thec., 17, 34 - 50, 1953.

233 . Schaffer, R., Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing, Grune, 1954.

234 . Scheindlinger, S., The Relationship of Group Therapy to other Group Influence Attempts, Ment. Hyg., 34, 367 - 390, 1955.

235 . Seeman, J. A Study of the Process of Non - Directive Therapy, J. Consult. Psychol., 13, 157 - 168, 1949.

236 . Sigerist, E., Civilization and Disease, Cornell Univ. Press, 1943

237 . Skinner, B.F., Science and Human Behavior, Collier, 1953.

238 . -------, Beyond Freedom and Dignity, Penguin, 1973.

239 . Slavson, S.R., An Introduction to Group Psychotherapy, Int. Univ. Press, 1971.

240 . Snyder, S., Madness and The Brain, Penguin, 1974.

241 . Solomon, E.A., «Opinions and Social Pressure», Sci. Amer., 193, 31 - 35, 1955.

242 . Speck, R., and Atteneave, C., Family Networks, Penguin, 1973.

243 . Spiegel, J.P., «The Resolution of Role Conhict Within the Family», Psychit., 20, 1-16, 1957.

244 . Spiegel, J. P. and Kluckhon, F.R., «Integration and Confliet in Family Behavior Group for the Advancement of Psychiatry», Topeka Report, No. 27, 1954.

245 . Steiner, C., TA Made Simple, Penguin. 1971.

246 . -------, et. al., Readings in Radical Psychiatry, Penguin, 1975.

247 . Stones. S., Psychiatry Througy the Ages J. Abn. Soc. Psychol., 32, 131 - 160, 1937.

248 . Strachey, J. (ed.), the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Hogarth, 1969.

249 . Sullivan, H.S., The Interpersonal Theory of Psychiatry, Tavistock, 1955.

250 . -------, Conception of Modern Psychiatry, Norton, 1953.

251 . Tarachow, S., An Introduction to Psychotherapy, Hogarth, 1964.

252 . Tart, Ch. (ed.), Altered States of Consciousness, Wiley, 1969.

253 . Van Amerogen, S., Initial Psychiatric Family Studies, Amer. J. Orthopsychiat., 24, 73 - 83, 1954.

254 . Walts, A., Psychotherapy East and West, Penguin, 1973.

255 . Weakland, J.H. and Jackson, O.D., Patient and Therapist Observations on the Circumstances of a Schizophrenic Episode, Arch Nerral, Psychiat., 79, 554 - 574, 1958.

256 . Wexler, M., The Structural Problem in Schizophrenia. Therapeutic Implications, Int. J. Psychoanal., 32, 151 - 166, 1951.

257 . -------, The Structural Problem in Sckizophrenia: the Role of the Object, Bull. Menning Clinic, 15. 221 . 234, 1951.

258 . White, R.W. Abnormalities of Behavior, Amer. Rev. Psychol., 10, 265 - 286, 1959.

259 . Williamson, E.G., Trends in Students Personal Work. Univ. Minn. Press, 1950.

260 . Winship, E.C., Reaching Your Teenager, Houghton, 1983.

261 . -------, el. al., Masculinity and Femininity, 1978.

262 . Wolheim, R., Sigmund Freud, Fontana, 1971.

263 . Wolpe, J. The Practice of Behavior Therapy: Oxford Univ. Press, 1961.

264 . ------, and Lazarus, A., Behavior Therapy Techniques, Penguin, 1966.

265 . Wyss, D. Psycho Analytic Schools From the Begenning to the Present, McGraw, 1973.

266 . Yalom, I., The Theory and Practice of Group Psydrotherapy. Basic Books, 1970.

267 . -------, and Liberman. M.. A Study of Encounter Group Causalities, In Sager and Kaplan. (eds.), Wiley, 1971.

268 . Zaehner, R.C., Zen, Drugs and Mysticism, Grune, 1972.

269 . Zimmer, H., Philosophies of India, Routledge, 1951.

فهرس

المرشد في العلاج النفسي

● المرشد في العلاج النفسي عرض مفصل نقّاد لمختلف طرق العلاج ومدارسه وفنونه مما يقيم في أيدي الناس « مساطر ومعايير »يقيسون بها حالهم ونوعية اضطرابهم وطبيعته ويوازنونها بطبائع ونوعيات مختلف الطرق والفنون والسبل مما يساعدهم على تحديد السبيل أو الطريقة أو الفن الملائم لمعالجة حالهم وما بهم فيسعون إلى من يستطيع مدّ يد العون لهم من غير استغلال ولا استخفاف ولا استعلاء ولا ادعاء.

○ بالإضافة إلى ذلك، تعمل القراءة الواعية والمطابقة المستمرة الدقيقة بين المعايير والمساطر وطرق العلاج وفنونه وأساليبه من طرف وبين حال القارىء وما به على شحذ القدرة لديه على فهم أحوال الآخرين ممن حوله وما بهم من رؤساء ومرؤوسين أصدقاء وأعداء معارف وأغراباً قيمين وقيّم عليهم مربين ومتربين وعلى مساعدتهم لدفعهم عن خصوصية الادراك وزيفه ووهمه وعن التسلطية والاستغلالية والخضوعية والاستضعاف مما قد يجر آخر الأمر إلى عدّ الاضطراب السلوكي شأن نظيره العضوي رداً طبيعياً على فعل شاذ فيقوي الثقة بعلاجه ويشدد في الملايين الدفيق الواثق الذي يحتاجون إليه للتحرر من القلق والخوف والقنوط والسير بخطىً مطمئنة واثقة متطلعة متفتحة للتغير السريع الشديد في عالم سريع التغير شديده.

منشورات دار الآفاق الجديدة بيروت